

Universidade de Brasília
Instituto de Ciências Humanas
Departamento de Serviço Social

**SERVIÇO SOCIAL NOS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA
– NASFs DO DISTRITO FEDERAL**

Raísa Nunes dos Santos Garcia

Brasília, Dezembro de 2016

Raísa Nunes dos Santos Garcia

SERVIÇO SOCIAL NOS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA – NASFs DO DISTRITO FEDERAL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social - SER, do Instituto de Ciências Humanas - IH, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social pela Universidade de Brasília (UnB) sob a orientação da Prof.^a Dra. Andréia de Oliveira.

Brasília, 2016

Raísa Nunes dos Santos Garcia

**SERVIÇO SOCIAL NOS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA
– NASFs DO DISTRITO FEDERAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social - SER, do Instituto de Ciências Humanas - IH, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social pela Universidade de Brasília (UnB) sob a orientação da Prof.^a Dra. Andréia de Oliveira.

Aprovada em :

Menção:

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dra. Andréia de Oliveira
Assistente Social – UnB/ Orientadora

Prof. Dr. Reginaldo Guiraldelli
Assistente Social – UnB/ Membro Interno

Lucinéia Moreli Machado
Assistente Social- SES/DF/Membro Externo

RESUMO

Este trabalho buscou conhecer a inserção do Serviço Social nos Núcleo de Apoio à Saúde da Família NASFs do Distrito Federal, de modo a identificar limites e possibilidades do exercício profissional do assistente social nesse espaço sócio ocupacional. Utilizou-se de pesquisas bibliográfica e documental, além de pesquisa de campo por meio de questionário (online) e entrevista semiestruturada. Fundamentado em uma perspectiva crítica da profissão, utilizou-se no presente estudo o método quanti-qualitativo, considerando os objetivos propostos. Na constituição do estudo revisitou-se a história da política de saúde no Brasil, a partir de marcos relevantes do pré e pós Constituição Federal de 1988, de modo especial do movimento pela reforma sanitária brasileira, da institucionalização do Sistema Único de Saúde – SUS e das bases organizativas da atenção primária à saúde no Brasil, com ênfase na Estratégia de Saúde da Família e na implantação dos NASFs - Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Aborda-se a trajetória histórica do Serviço Social no Brasil com ênfase na sua institucionalização e a inserção no âmbito da saúde, com ênfase na consonância dos projetos ético político do Serviço Social e da reforma sanitária. O estudo permitiu identificar as principais ações desenvolvidas pelos assistentes sociais nos NASFs e as bases que as fundamentam. A interdisciplinariedade constitui-se um dos eixos centrais no trabalho desenvolvido nos NASFs, assim como as ações de matriciamento às equipes. O Serviço Social no NASF está inserido em uma estratégia inovadora da política de saúde, ao mesmo tempo em que enfrenta inúmeros desafios pelas condições de trabalho e de uma conjuntura nacional e do Distrito Federal, desfavorável aos direitos sociais e dos trabalhadores, que ameaçam inclusive, a própria continuidade do Sistema Único de Saúde conforme prerrogativas constitucionais.

Palavras-Chave: Serviço Social, Sistema Único de Saúde, NASF, Atenção Primária.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEPSS- Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social

AIS- Ações Integradas de Saúde

APS- Atenção Primária à Saúde

BM- Banco Mundial

CAPs- Caixas de Aposentadoria e Pensão

CF- Constituição Federal

CFESS- Conselho Federal de Serviço Social

CLT- Consolidação das Leis do Trabalho

EBSERH- Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

ESF- Estratégia de Saúde da Família

FEPECS- Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde

FMI- Fundo Monetário Internacional

IAPs- Institutos de Aposentadoria e Pensão

INAMPS- Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

LBA- Legião Brasileira de Assistência

LOAS- Lei Orgânica da Assistência Social

NASF- Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS- Organização Mundial da Saúde

OS- Organização Social

OSCIP- Organização da Sociedade Civil de Interesse Público

PACS- Programa de Agentes comunitários de Saúde

PEC- Proposta de Emenda Constitucional

PEP- Projeto Ético Político

PNAB- Política Nacional de Atenção Básica

PSE- Programa de Saúde na Escola

PSF- Programa de Saúde da Família

RA- Região Administrativa

SIMPAS- Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social

SUDS- Sistema Único Descentralizado de Saúde

SUS- Sistema Único de Saúde

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

LISTA DE QUADROS E GRÁFICOS

GRÁFICO 01 - PRINCIPAIS AÇÕES E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

GRÁFICO 02 - PRINCIPAIS AÇÕES SOCIOASSISTENCIAIS DESENVOLVIDAS DIRETAMENTE COM OS USUARIOS

GRÁFICO 03 - PRINCIPAIS INSTRUMENTAIS TÉCNICO-OPERATIVOS UTILIZADOS NA ATUAÇÃO PROFISSIONAL

GRÁFICO 04 - ATIVIDADES DESENVOLVIDAS COM GRUPOS TEMÁTICOS

GRÁFICO 05 - AÇÕES DE MOBILIZAÇÃO E PARTICIPAÇÃO SOCIAL COM USUÁRIOS/A

GRÁFICO 06 - CARACTERIZAÇÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELAS ASSISTENTES SOCIAIS JUNTO À EQUIPE DE SAÚDE

GRÁFICO 07 - AVALIAÇÃO DO ESPAÇO FÍSICO DISPONIBILIZADO PARA O SERVIÇO SOCIAL NA INSTITUIÇÃO

GRÁFICO 08 - AVALIAÇÃO SOBRE A INSTITUIÇÃO

QUADRO 01 - IDENTIFICAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA

QUADRO 02 - COTIDIANO PROFISSIONAL

QUADRO 03 - PARTICIPAÇÃO EM MOVIMENTO SOCIAL, CONSELHO DE DIREITOS OU POLÍTICO, COMISSÕES NA INSTITUIÇÃO QUE TRABALHA OU SINDICATOS ou sindicatos

Dedicatória

Dedico este trabalho às assistentes sociais e demais trabalhadoras/es do SUS, às/os usuárias/os e aos que lutam pela materialização dos princípios do Sistema Único de Saúde.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à todas e todos que estiveram comigo no processo de formação e contribuíram para meu crescimento humano e político, especialmente à Renata, Luiz, Giovanna, Melina, Obirin, Laura, Deborah, Kaic, Caio, Rafa e tantas e tantos outros mais.

À Vera Lúcia, minha amada mãe, que esteve firme e me deu apoio incondicional, mesmo em meio à perda que nos atravessou e deixou dolorosa saudade.

Aos meus irmãos, meu pai, avós e toda minha família, sempre acolhedora.

À minha orientadora Andreia de Oliveira, pela paciência e cuidado com o meu processo de conclusão de curso, além de ter sido sensível ao processo tortuoso que vivi durante a escrita.

Agradeço ao GESST- Grupo de Estudos e Pesquisa em Seguridade Social e Trabalho, sobretudo à professora Ivanete Boschetti pela oportunidade de iniciação à pesquisa e amadurecimento acadêmico.

Muito obrigada!

SUMÁRIO

Introdução	9
Percurso Metodológico	12
1. A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL – TRAJETÓRIA	
1. 1. Percurso da Política de Saúde no Brasil	15
1.2. Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde Hoje	19
1.3. Atenção Primária à Saúde no Brasil	22
1.4. SUS: A privatização e os desafios no direito à saúde	29
2. SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE- A Inserção da Profissão na Saúde	
2.1. Serviço Social no Brasil- Contextualizando a Profissão	35
2.2. Serviço Social e saúde- principais elementos do exercício profissional nesse espaço sócio-ocupacional	44
2.3. Serviço Social no NASF- objetivos e principais ações	47
3. ANÁLISE DOS DADOS- SERVIÇO SOCIAL NOS NASFS DO DF	
3.1. Breve contextualização da Atenção Primária à saúde no DF- atualidade	52
3.2. Análise	54
CONSIDERAÇÕES FINAIS	74
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	77

INTRODUÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão buscou conhecer o trabalho desenvolvido pelo Serviço Social na atenção básica de saúde, com foco no exercício profissional no âmbito dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família-NASFs do Distrito Federal. A ênfase recai para os desafios e possibilidades do trabalho profissional no contexto do NASF, bem como suas atribuições e competências. O estudo fundamenta-se nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde- SUS, bem como da concepção ampliada de saúde a partir da perspectiva da determinação social do processo saúde-doença, de modo a romper com a visão biologicista, medicamentosa e hospitalocêntrica que prevalece ainda no cuidado à saúde das populações e limita a materialização dos princípios do SUS. Se considerada a determinação social, maiores são as possibilidades de enriquecer e mudar os rumos da política de saúde:

(...) "da adoção dos determinantes sociais como estruturantes dos processos saúde-doença, é que as ações profissionais dos assistentes sociais podem ter maior centralidade, assinalando um novo estatuto ao Serviço Social no campo da saúde." Mioto e Nogueira (2006, p.14).

A nova configuração da política de saúde no Brasil, que ganha forma com a criação do SUS em 1988, passa a considerar a determinação social em saúde, e incorpora princípios e diretrizes na direção da democratização na política de saúde, como o da universalidade, equidade, integralidade, descentralização e participação social. É possível, assim, notar afinidade entre os princípios do SUS e o Projeto Ético Político do Serviço Social, como citam Mioto e Nogueira (2006, p.222) "a expansão dos direitos de cidadania, a preocupação com a universalidade, com a justiça social e o papel do Estado na provisão da atenção social" são alguns dos pontos comuns de destaque, e reforçam o compromisso das/os assistentes sociais da saúde com o objeto da profissão: a questão social fruto da contradição entre capital e trabalho (SANTOS, 2012) que surge sob variadas expressões ligadas à pobreza e à não divisão da riqueza socialmente produzida (MARX, 1867). O Serviço Social assume posição de luta em defesa da materialização dos direitos sociais na vida das/os sujeitas/os, isso pode ser observado em seu Projeto Ético Político, em

seu Código de Ética e na Lei da Regulamentação da Profissão, que, inclusive, trazem princípios e diretrizes que vão além dos compromissos com as esferas técnico-operativa e teórico-metodológica, mas englobam, também, a esfera ético-política, muito bem demarcada nos diversos documentos que consolidam, orientam e regulamentam a profissão.

No percurso deste trabalho, irei destacar como o serviço social está inserido nos NASFs e quais os entraves colocados à sua ação, bem como as possibilidades, considerando os princípios contidos no SUS, e as recomendações do Projeto Ético Político da profissão. As reflexões procuram reconhecer os obstáculos que fazem parte da conjuntura e da estrutura do atual momento histórico, sobretudo no que diz respeito à disputa entre projetos de saúde, onde, por um lado há o projeto privatista, que avança cada vez mais e se fortalece com a consagração das Organizações Sociais (OSs), e o projeto reformista, que busca estabelecer os princípios do SUS.

O Serviço Social é uma das categorias inseridas na área da saúde, sendo reconhecido enquanto profissão de nível superior pela Regulamentação das Profissões da Saúde, que consta na resolução nº 218 do Conselho Nacional de Saúde.

Na saúde há diferentes espaços de atuação profissional, sendo a atenção primária um deles e pode ser avaliado como espaço de várias possibilidades estratégicas, tendo em vista o lugar da Atenção Primária no enfrentamento aos problemas de saúde e desenvolvimento da promoção da saúde junto dos usuários "além dos tradicionais esquemas de prevenção e cura, vem ocupando lugar de destaque, e se constituindo como um campo abrangente de práticas de distintas disciplinas, a promoção da saúde." Mioto e Nogueira (2006, p.219).

Uma compreensão de atenção primária em saúde de forma ampliada e na perspectiva do direito à saúde reafirma e incorpora a nova concepção de saúde adotada pelo SUS, conforme previsto na Constituição Federal:

"Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I- descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II- atendimento integral, com prioridade

para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade". BRASIL (1988).

No Brasil, a atenção primária de saúde tem ganhado espaço e notoriedade, por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), no entanto, são muitas as dificuldades, em grande parte, relacionadas às demandas espontâneas que, por vezes, surpreendem os profissionais:

"Apesar dos resultados positivos, inclusive com reconhecimento internacional (OPAS, 2011), a expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF) trouxe consigo inúmeros desafios. Entre eles, destaca-se o processo em curso de redefinição e qualificação da atenção básica na ordenação das redes de atenção e na sua capacidade efetiva de gestão do cuidado, por meio do aumento do escopo das ações, da ampliação de formatos de equipes, de ações que auxiliem na expansão da resolutividade e da articulação e suporte com/de outros pontos de atenção da RAS." *Caderno de Atenção Básica – NASF, vol. 1* (2014).

É importante destacar que, as demandas sociais em saúde são dinâmicas e podem tomar formas e contornos dos mais variados, é nesse ponto que encontram-se as maiores dificuldades e desafios. A criação do NASF está inserida nesse contexto e vem para dar subsídio de ações, inovações e novas propostas para o atendimento às famílias, e para reforçar as ações com direcionamento à realização dos princípios e as diretrizes do SUS na vida dos usuários.

"Na perspectiva de ampliar a capacidade de resposta à maior parte dos problemas de saúde da população na atenção básica, o Ministério da Saúde, a partir de experiências municipais e de debates nacionais, criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasfs), por meio da Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 4 de março de 2008. Essa criação significou o início de uma política audaciosa (...)" -*Caderno de Atenção Básica – NASF, vol. 1* (2014).

É possível, assim, compreender a importância do NASF, enquanto retaguarda especializada que presta apoio à ESF, estratégia central na APS. Considero significativo buscar entender o lugar da/o assistente social nesse espaço e conhecer o seu exercício profissional.

No Primeiro Capítulo, trago aspectos históricos da política de saúde no Brasil, pré e pós Constituição de 1988, com ênfase no movimento pela reforma sanitária e os avanços que levaram ao SUS constitucional. Em seguida contextualizo o surgimento da Atenção Primária e o desenrolar de sua regulamentação no Brasil. Encerro o capítulo abordando a inserção dos NASFs na atenção primária, e descrevo seus objetivos e principais ações.

O segundo capítulo trata do Serviço Social no Brasil e o desenvolvimento da profissão. Descrevo o processo de institucionalização, e, seguindo a linha do movimento de reconceituação, chega-se enfim à ruptura e a consolidação do projeto ético político e desafios atuais. Por último, o Serviço Social e saúde, principais aspectos da profissão nesse espaço sócio-ocupacional, e a inserção do Serviço Social nos NASFs e como é preconizado o trabalho nesse locus.

O terceiro capítulo traz um pouco sobre a organização do SUS no Distrito Federal, com ênfase na Atenção Primária. No próximo momento, inicio a análise dos dados obtidos pelo questionário online e pelas entrevistas. A análise está dividida em cinco tópicos: Identificação e Caracterização das profissionais, Trabalho Profissional, Condições de Trabalho, Qualificação Profissional, e Participação em Movimentos Sociais e Entidades da Categoria.

Percurso metodológico.

Adoto como abordagem teórico metodológica a perspectiva crítico-dialética, com objetivo de identificar as várias determinações e causalidades de um fenômeno. Segundo Neto:

“Para Marx o sujeito reproduz em seu pensamento a estrutura e a dinâmica do objeto que pesquisa. E esta reprodução (que constitui propriamente o conhecimento teórico) será tanto mais correta e verdadeira quanto mais fiel o sujeito for ao objeto”. (2011, P.21).

Segundo Yamamoto sobre o marxismo:

“Nesta matriz o ponto de partida é aceitar fatos, dados como indicadores, como sinais, mas não como fundamentos últimos do horizonte analítico”. (2009, pg. 151).

A abordagem crítico-dialética consiste, portanto, em considerar as várias determinações do objeto estudado, aprofundar as análises e compreender de maneira dialética os processos, de modo a superar as compreensões dualistas da realidade.

Este trabalho faz parte da pesquisa intitulada: O Serviço Social na Atenção Primária em Saúde no Distrito Federal, desenvolvida pela Universidade de Brasília em parceria com a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal- SES DF, sob a coordenação da Professora Andréia de Oliveira e pelos pesquisadores Reginaldo Guiraldelli e Michelle da Costa Martins. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências da Universidade de Brasília- CEP/IH, e objetiva analisar as principais ações do Serviço Social na Atenção Primária em Saúde no âmbito do Distrito Federal, identificando as atribuições, competências profissionais, desafios, limites, avanços e condições de trabalho do assistente social.

Os integrantes do grupo desenvolveram um questionário e um roteiro de entrevista semi-estruturada que foram os instrumentos da pesquisa de campo realizada. Além disso, para fundamentar e subsidiar a pesquisa foram utilizados recursos e dados do levantamento bibliográfico e documental, advindos de artigos, livros, Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC), revistas e plataformas de pesquisa online, como a Scielo. A base documental foi acessada por meio de leis, documentos oficiais, manuais e outros.

Para realizar a pesquisa, primeiro iniciamos a parte quantitativa, com a aplicação dos questionários, (elaborados na plataforma google), para isso foi preciso mapear as/os assistentes sociais inseridos nos NASFs do DF e seus respectivos contatos (endereços eletrônicos). Essa etapa foi desenvolvida durante 1/2016. Cinco NASFs do DF têm assistentes sociais em suas composições, as cinco responderam o questionário online, são dos NASFs Sobradinho II, Recanto das Emas, Itapoã,

Samambaia e Brazlândia. Em momento posterior à aplicação dos questionários iniciamos as entrevistas que tiveram como base o roteiro de entrevista semi-estruturada elaborado pelo grupo de professores e estudantes da pesquisa. Eu e Valdenise Barreto, integrante da pesquisa, fomos as responsáveis pela condução das entrevistas, que foram realizadas nos meses de outubro/novembro. Entrevistamos as assistentes sociais dos NASFs Itapoã e Sobradinho II, não foi possível entrevistar as demais por conta de condições objetivas de tempo e de disponibilidade, tanto das pesquisadoras quanto das entrevistadas. Então a pesquisa foi analisada com base nos dados dos questionários em que as cinco responderam, e para qualificar, os dados das duas entrevistas.

O desenvolvimento da pesquisa seguiu as normas estabelecidas pela Resolução CNS 466/2012 e a avaliação do CEP/IH-UNB, onde todos os sujeitos que participaram da pesquisa assinaram Termo de Consentimento Livre e esclarecido (TCLE). Foi explicitada de maneira nítida e precisa aos sujeitos de pesquisa a justificativa, os objetivos e os procedimentos metodológicos. Também é garantido o sigilo do sujeito, bem como ao tratamento dos dados coletados.

Após a aplicação do questionário online e de realizadas as entrevistas, houve a sistematização do material coletado onde avaliei quais aspectos ou categorias empíricas deveriam ser aprofundadas e estudadas para considerar, finalmente, o exercício profissional das/os assistentes sociais.

PRIMEIRO CAPÍTULO

A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL – TRAJETÓRIA

1.1 Percurso da Política de Saúde no Brasil

A política de saúde no Brasil passou por vários processos, em sua maioria voltados para responder aos interesses da classe burguesa atrelada ao Estado e aos interesses e imposições de organismos internacionais como Fundo Monetário Internacional (FMI), Banco Mundial, e outros que, até hoje, ao longo da história, interferem na economia e política de vários países, sobretudo, os sul-americanos. Vale ressaltar que as políticas sociais são contraditórias, e para entendê-las é preciso superar análises restritas. Tais políticas não se tratam de apenas uma estratégia do Estado para dominação da classe trabalhadora, tampouco, são somente fruto da luta da classe explorada. De acordo com a influência de Marx para leitura das políticas sócias, é possível analisa-las “como um processo e resultado de relações complexas e contraditórias que se estabelecem entre Estado e sociedade civil” Behring e Boschetti (2006. P.36), e se dão em meio a um campo de conflitos permanentes.

As primeiras ações do Estado foram voltadas para a higienização das áreas urbanas, de forma mais acentuada no início do século XX, com o objetivo no controle de epidemias e saneamento das cidades que, à época, estavam alastrados pelo país e prejudicavam o comércio e a exportação de mercadorias. Essas ações foram realizadas por meio de campanhas sanitárias aplicadas com cunho autoritário por parte do Estado, onde eram adotadas estratégias militares para execução das ações, citando COELHO, (2010):

“O que não raro levou à verdadeiros levantes populares, como o ocorrido no Rio de Janeiro no início do século XX que ficou conhecido como a revolta da vacina. Por tal motivo, muitos historiadores da saúde pública têm se referido a essa quadra de nossa história como período do sanitarismo campanhista” (Pág. 109)

O sanitarismo campanhista, como estratégia de Estado, preocupava-se apenas com as doenças infecciosas, visto que estas potencialmente poderiam se agravar em meio à população. A atenção médica individual para os pobres ficava por conta das ações de caridade, e aqueles que possuíam renda acessavam pela via do mercado ou por meio dos arranjos mutualistas que tem sua gênese nos sindicatos e comunidades de imigrantes.

A partir das décadas de 1920 e 1930, com a Lei Eloy Chaves, surge o modelo de intervenção na área social vinculado à condição do trabalho, as chamadas Caixas de Aposentadoria e Pensão –CAPs se mais tarde os Institutos de Aposentadoria e Pensão - IAPs. As ações de saúde nesse período dividiam-se em, por um lado a saúde pública, onde existiam as campanhas sanitárias, que possuía caráter regulador e repressivo visando preservar os interesses econômicos, e por outro a assistência médica hospitalocêntrica e individual por meio das CAPS e mais tarde, IAPS. Esses modelos se caracterizavam em sanitarismo campanhista, como já vimos, e o outro curativo-privatista.

O modelo curativo privatista representado pelas CAPS e IAPS, fundamentados na perspectiva da medicina liberal, “Privilegiam a abordagem individual e medicalizante dos problemas de saúde e negam a relação da doença às condições de vida dos indivíduos e coletividades” AGUIAR, (2011 p. 22).

As CAPS são as primeiras iniciativas relacionadas à previdência social. As empresas, trabalhadores e governo financiavam, enquanto os patrões ficavam responsáveis pelo controle. A assistência médica beneficiava os trabalhadores e seus familiares. Mais tarde em 1933 sob o governo de Getúlio Vargas as CAPS tornam-se IAPS e o governo passa a tomar o controle, porém a essência das ações não sofre alterações. Eram exaltadas: “a prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, em detrimento da saúde pública” (ANDRADE, PONTES & MARTINS JUNIOR, 2000, p. 01)

No período de 1937-1945, o Brasil estava sob o regime ditatorial varguista, cujo presidente foi deposto em 1945 em um momento de clima de democratização mundial e de crise econômica brasileira.

Os modelos sanitarista campanhista e curativo-privatista continuaram praticamente imutáveis até a década de 60. Algum ponto como a expansão da assistência médica a todos os IAPs foi-se generalizando, contudo, marcado pelo clientelismo.

Em meio ao período de industrialização crescente no Brasil, ocorre a expansão do movimento do êxodo rural e com isso, desdobram-se condições precárias de vida para a classe trabalhadora urbana, isso fez com que os problemas

de saúde ligados às epidemias/endemias se somassem aos problemas relacionados às condições de vida e trabalho da população – saneamento básico, moradia, condições precárias de trabalho, estresse, desnutrição, etc. Um grande contingente de pessoas não era contemplado pelos IAPs, pois não se inseria no mercado de trabalho. Com isso, em 1930 é criado o Ministério da Educação e Saúde, para coordenar as ações sanitárias, uma vez que para os pobres restava a filantropia e a medicina popular, como forma de acesso à assistência à saúde.

Como já colocado anteriormente, aos sem trabalho e desprovidos de dinheiro para pagar por serviços de saúde, restava à filantropia da assistência médica individual. Na atenção médica individual à saúde, é fortalecida a perspectiva curativa, especializada e hospitalocêntrica, sob a influência do modelo americano denominado Flexneriano que, segundo Paim, tem como principais características:

“Ênfase na atenção médica individual, secundarizando a promoção da saúde e a prevenção de doenças. Organização da assistência médica em especialidades. Valorização do ambiente hospitalar em detrimento da assistência ambulatorial. Educação médica separando as disciplinas do ciclo básico (anatomia, bioquímica, fisiologia, bacteriologia etc.) e profissional, sendo este realizado nos hospitais de ensino”. (PAIM 2008, p.557).

Este modelo se configura “predominantemente curativo, tende a prejudicar o atendimento integral e pouco se compromete com o impacto sobre o nível de saúde da população” (PAIM, 2008, p.557).

Em 1953, foi criado o Ministério da Saúde, desvinculado, então, da área da educação. A sua criação foi permeada pelas discussões sobre o tipo de política de saúde a ser implantada no Brasil.

“Existiam dois grupos de sanitários que defendiam propostas distintas: os que defendiam a manutenção do tradicional modelo sanitário-mocampanhista [...] e a corrente de opinião do sanitário desenvolvimentista” (AGUIAR, 2011, p. 27).

O sanitário desenvolvimentista, segundo AGUIAR, diz respeito ao argumento que relaciona o nível de saúde da população e o grau de desenvolvimento econômico do país.

Como os problemas sociais e de saúde se agravavam, e a resolução de tais problemas via-se cada vez mais difícil, crescendo a insatisfação da sociedade perante a política de saúde. A partir daí começam a surgir os movimentos sociais a

favor de uma política de saúde abrangente e gratuita, com mais eficiência e por melhores condições de vida à classe trabalhadora.

Para discutir os diversos problemas de saúde no Brasil dessa época, em 1975 acontece a V Conferência Nacional de Saúde, onde foram pautados temas tais: como a insuficiência, má distribuição de renda e falta de coordenação de serviços. O Governo Federal propôs a implementação de um Sistema Nacional de Saúde pela Lei 6.229, porém a proposta foi recusada pelos empresários da saúde, que dificultaram a regulamentação dessa lei. Implementa-se assim, programas verticais e focalizados, como Programa Materno-infantil, Programa Nacional de Imunização, Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (PRONAN), Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e outros. (AGUIAR, 2011).

Na sequência, em 1977, é criado o SIMPAS, Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social, composto por alguns órgãos, dentre eles o INPS, a Legião Brasileira de Assistência (LBA), que ficava a cargo da filantropia para a classe pobre, e o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS). Esse período é denominado de assistencial privatista, as ações do INAMPS eram voltadas para:

“A melhoria da qualidade da atenção; a ampliação de serviços para as populações urbanas e rurais; a descentralização e a hierarquização dos serviços de saúde por nível de complexidade”. AGUIAR, (2011, p.34)

A partir daí vários sanitaristas, de maneira estratégica, passaram a compor o INAMPS e a fiscalizar as contas dos prestadores de serviços credenciados com intuito de combater as fraudes, com isso, obtiveram maior influência no processo de reforma do setor saúde, apesar das disputas com o setor privado (AGUIAR, 2011). Esse embate com o setor privado é constante, perdura até os dias de hoje, as ações por parte do Estado até então trazidas, mesmo que ampliem a participação do Estado, não superam a lógica privatista da saúde.

Junto à criação do INAMPS, o país inicia um período de redemocratização onde vários setores da sociedade dentre eles, movimentos sociais, sociedade civil, mais especificamente a classe média, profissionais da área, sindicatos e entidades

como CEBES¹ e ABRASCO² começam a se mobilizar, formando um grande movimento social que defendia a saúde como política pública e de direito de todos, além disso, questionava o modelo de atenção até então predominante, surgindo o movimento pela reforma sanitária que trazia como lema Saúde e Democracia:

“A concepção política e ideológica do movimento pela reforma sanitária brasileira defendia a saúde não como uma questão exclusivamente biológica a ser resolvida pelos serviços médicos, mas sim como uma questão social e política a ser abordada no espaço público”. PAIM, TRAVASSOS, ALMEIDA, BAHIA e MACINKO (2011, p.18).

Como colocado pelos autores, o movimento pela reforma sanitária nega a centralidade médica e biológica no trato da saúde, e admite a sua determinação social.

1.2) Reforma sanitária e o Sistema Único de Saúde

O movimento pela Reforma Sanitária foi construído durante os anos 70 e 80, e tinha como objetivo romper com o modelo de atenção hegemônico, que segundo PAIM, possui os seguintes traços fundamentais:

“1) Individualismo; 2) saúde/doença como mercadoria; 3) ênfase no biologismo; 4) ahistoricidade da prática médica; 5) medicalização dos problemas; 6) privilégio da medicina curativa; 7) estímulo ao consumismo médico; 8) participação passiva e subordinada dos consumidores.” (PAIM, 2008, p.556).

Esses traços fundamentais colocados por Paim configuram a atenção voltada para assistência médica curativa, privada e excludente que foi aprofundada no período do regime militar, logo, sanitaristas, lideranças populares, sindicatos, trabalhadores, intelectuais, estudantes e entidades de saúde se uniram formando esse movimento. De acordo com AGUIAR (2011), o projeto de reforma sanitária tinha como objetivo a criação de um sistema único de saúde, acabando com o duplo comando do Ministério da Saúde e do INAMPS que executavam ações de saúde em perspectivas antagônicas, como já sinalizado no início deste trabalho, onde, o

¹ Centro Brasileiro de Estudos da Saúde, criado em julho de 1976. Através da Revista Saúde em Debate mantinha um espaço de divulgação dos problemas de saúde brasileira, de críticas e propostas para a reforma do sistema saúde.

² Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, criada em 1979, atuava na formação de profissionais com ênfase na saúde coletiva e articulação com a sociedade organizada e o poder público para a reorganização das políticas públicas de saúde. AGUIAR (2011, pg. 35).

Ministério da Saúde fica a cargo do que é chamado sanitarismo-campanhista, e o INAMPS a cargo do curativo-privatista.

Um marco importante ocorrido no período do movimento pela reforma sanitária foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde que aconteceu em 1986 e previa que:

“Para o setor da saúde no Brasil não era suficiente uma mera reforma administrativa e financeira, mas sim uma mudança em todo o arcabouço jurídico-institucional vigente, que contemplasse a ampliação do conceito de saúde segundo os preceitos da reforma sanitária. O relatório produzido nessa Conferência serviu de referência para os constituintes que elaboraram a Constituição de 1988”. ANDRADE, PONTES & MARTINS JUNIOR (2000, p.01).

Fazia-se necessária, como bem colocado pelos autores, uma grande mudança na história da política de saúde, não só partindo do âmbito técnico-administrativo e financeiro, mas uma revolução na concepção de saúde, inclusive pela via jurídico-institucional, que permitisse uma maior compreensão do processo saúde-doença.

Nos anos 80 foram criados programas de expansão de serviços, as Ações Integradas de Saúde- AIS e o Sistema Unificado Descentralizado da Saúde- SUDS, fruto da articulação do movimento sanitário dentro dos espaços institucionais, mediante a crise do INAMPS. Enquanto era construído o processo constituinte de 1988 as AIS foram transformadas no SUDS:

“O SUDS representou certo avanço na medida em que possibilitou a formação dos conselhos estaduais e municipais de saúde, a desconcentração de recursos e poder da esfera federal para a estadual, o esvaziamento do INAMPS e o aumento da cobertura de serviços de saúde para a população”. (AGUIAR, 2011, p. 38).

O SUDS foi um importante avanço uma vez que já iniciava o processo de descentralização e de criação dos conselhos de saúde, visto que compunha uma das pautas centrais da reforma sanitária que previa para uma nova política de saúde a criação de mecanismos de participação social.

Em 1988 é promulgada uma nova Constituição Federal, considerada a Constituição Cidadã por seus avanços com direcionamento à classe trabalhadora. A constituição

foi construída coletivamente por meio de diversos mecanismos de participação popular, e imprime um passo importante no que diz respeito aos espaços de controle social. Nesta constituição é aprovado o Sistema Único de Saúde (SUS), que “incorporou a maioria das propostas do movimento da Reforma Sanitária” (AGUIAR,2011 p.38).

Com a CF 1988 é criado um sistema de proteção social denominado Seguridade Social, composto pelas políticas de Saúde, Assistência Social e Previdência Social:

A concepção de Seguridade Social representa um dos maiores avanços da Constituição Federal de 1988, no que se refere à proteção social e no atendimento às históricas reivindicações da classe trabalhadora. Está inserida no capítulo “Da Ordem Social” e é composta pelo tripé Saúde, Assistência Social e Previdência Social”. CFESS (2014, P.15).

A Seguridade Social é pautada por alguns princípios orientadores como a universalização, a criação de fontes de financiamento definidas, gestão democrática e descentralizada com iniciativas para a participação social por meio, principalmente, dos conselhos e conferências. A Seguridade Social parte do pressuposto da concepção de política social enquanto dever do Estado e direito social. A saúde foi uma das políticas que obteve maiores avanços, por meio da criação do SUS, que é fruto da luta do Projeto da Reforma Sanitária e que veio a ser regulamentado no governo de Fernando Henrique Cardoso em 1990, por meio da lei 8080/90 que regula as ações e serviços de saúde e prevê os objetivos do SUS. O novo projeto para a política de saúde tem o SUS como uma estratégia com base no Estado democrático de direito e que traz à tona a novidade de uma concepção ampliada de saúde:

”ressalta-se a concepção ampliada de saúde, considerada como melhores condições de vida e de trabalho, ou seja, com ênfase nos determinantes sociais; a nova organização do sistema de saúde por meio da construção do SUS, em consonância com os princípios da intersetorialidade, integralidade, descentralização, universalização, participação social e redefinição dos papéis institucionais das unidades políticas (União, Estado, Municípios, territórios) na prestação dos serviços de saúde; e efetivo financiamento do Estado.” (CFESS,2014, P.17).

Estes princípios, defendidos pela reforma sanitária, passaram a compor o SUS, que, segundo Paim (2012), é a maior política pública nascida na sociedade e que chegou ao Estado no Brasil. O autor acrescenta que, o SUS é “filho direto” da Reforma Sanitária Brasileira, mas que esta não se resume ao SUS, e sim

transcende as políticas estatais. Isto porque, como já colocado anteriormente, a reforma sanitária prevê uma nova forma de pensar coletivamente, saúde.

Já no início dos anos 1990 ocorre um levante das propostas neoliberais por meio do processo de contrarreforma, que previa a privatização e mercantilização da Saúde e da Previdência. A contrarreforma inibiu avanços previstos nessa constituição, e desmontou a dinâmica dos princípios tão defendidos por todas/os aquelas/es envolvidos no movimento da reforma sanitária no Brasil.

Tal contrarreforma, pensada pelo então presidente Fernando Henrique Cardoso e pelo ministro Luiz Carlos Bresser Pereira, tinha como objetivo tirar responsabilidades do Estado e transferir para o âmbito privado. Foi elaborado então o Plano Diretor da Reforma do Estado que previa para o Estado a não execução das políticas públicas, mas somente financiar e coordena-las, isso é exposto nitidamente no documento do Plano Diretor de 1995. É previsto que a administração se torne mais flexível e eficiente transferindo tarefas para o âmbito privado, que vem escamoteado sob o conceito de “público-não estatal”, o objetivo disso é, sem dúvidas, atender aos interesses do capital.

Segundo CORREIA e SANTOS (2015), esse movimento de contrarreforma tem suas bases fundamentais nas indicações de organismos internacionais, como Banco Mundial (BM) e o Fundo Monetário Internacional (FMI). Segundo as autoras, “o Estado brasileiro vem redimensionando suas ações nas políticas sociais, dando ênfase a uma política focalista, assistencial e privatista” (2015, P.35). Tudo isso para reduzir a ação do Estado frente as políticas sociais e dar lugar ao privado, que leva o fundo público, segundo SALVADOR: “A formação do capitalismo seria impensável sem a utilização de recursos públicos” (2008, P.64).

1.3) Atenção Primária à Saúde no Brasil

A atenção primária tem como um de seus marcos o Relatório de Dawson, elaborado em 1920 na Inglaterra, quando o primeiro ministro de saúde criou uma comissão que ficaria responsável por definir estratégias de cobertura de serviços medico-hospitalares de uma determinada área, e já sinalizava para a organização de redes de atenção à saúde:

“Pela primeira vez, foi proposta a definição de bases territoriais e de populações-alvo, ou seja, de regiões de saúde. Essas populações seriam atendidas por unidades de diferentes perfis assistenciais, organizadas de forma hierárquica”. (KUSHNIR, 2010, pg.32).

Foi proposto, à época, que a porta de entrada do sistema seriam os centros de saúde onde médicos generalistas fariam o atendimento da região, esses centros de saúde estariam ligados a um centro de saúde mais complexo, considerado secundário, além disso, os casos que não pudessem ser atendidos por esses centros seriam direcionados aos hospitais. Até aqui já é possível identificar características atuais da atenção primária: “Esses conceitos, porta de entrada, regiões, níveis de complexidade já estavam delimitados e claramente definidos no relatório de 1920”. (KUSHNIR, 2010, pg. 33).

Outro marco importante é a Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde, que aconteceu em Alma Ata, cidade do Cazaquistão, em 1978, organizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef). Nesta Conferência foram questionadas as ações da OMS em relação ao modo de intervenção para combater as endemias de países em desenvolvimento, sobretudo na África e na América Latina, acusadas de serem intervenções verticais e seletivas, além de autoritárias e despreocupadas com o cuidado à saúde das populações, como já elucidado no início deste trabalho. A partir disso começou a ser difundido na América Latina e no Brasil o conceito de Atenção Primária em Saúde (APS), e os princípios da medicina comunitária que, segundo AGUIAR: “preconizava a desmedicalização, o autocuidado de saúde, a atenção primária realizada por não profissionais de saúde, a participação da comunidade, entre outros”. (2011, PG.33).

No Brasil, o termo atenção primária, segundo CASTRO E MACHADO (2010) é analisado com base em diferentes determinantes, podendo variar desde uma concepção mais abrangente e estruturante do sistema de saúde, até uma concepção mais restritiva e seletiva:

“A implementação de determinada perspectiva está diretamente relacionada às particularidades do sistema de saúde de cada país, que são implementados em distintas conjunturas sociais, políticas e econômicas”. CASTRO E MACHADO (2010, P.693).

Para MATTA E MOROSINI:

No Brasil, a APS incorpora os princípios da Reforma Sanitária, levando o Sistema Único de Saúde (SUS) a adotar a designação Atenção Básica à Saúde (ABS) para enfatizar a reorientação do modelo assistencial a partir de um sistema universal e integrado de atenção à saúde”. Dicionário de Educação Profissional em Saúde, disponível online (2009).

Já MELLO, FONTANELLA E DEMARZO (2009) acreditam que, hoje no Brasil é possível reparar, por meio dos documentos oficiais do governo, um aumento do uso da expressão Atenção Primária, “Atualmente, mesmo os documentos oficiais começam a mostrar incerteza sobre qual seria a terminologia mais adequada” (2009, P.205). Segundo os autores, o aumento do uso do termo Atenção Primária coincide com o amadurecimento acadêmico da saúde da família no país, pela influência da aproximação com a literatura internacional. O debate sobre tais terminologias vem ressurgindo, “ora mais centrado na questão conceitual propriamente dita, ora na questão das práticas em saúde”. (2009, P.205).

Segundo GIOVANELLA (2009) a partir da década de 90 com o SUS baseado na universalidade, equidade e integralidade e nas diretrizes organizacionais de descentralização e participação social, o termo atenção básica passou a ser utilizado para diferenciar-se da concepção seletiva de APS. A atenção básica era definida como “ações individuais e coletivas situadas no primeiro nível, voltadas à promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação”. (2009, pg.02).

Portanto, a denominação toma contornos diversos de acordo com a conjuntura e o modelo de atenção de cada país, no caso do Brasil, como vimos, o termo Atenção Básica é utilizado para particularizar a política, que faz parte de um sistema público e universal, evidenciando as diferenças entre a Atenção Primária desenvolvida em outros países, como aqueles da América latina dos anos 80, quando foi desenvolvida, por influência de organismos multilaterais, uma atenção primária com base em uma cesta mínima de serviços e em sua maioria de baixa qualidade. GIOVANELLA (2009).

No Brasil, de acordo com OLIVEIRA (2012), a adesão à APS se deu em meio a uma crise da medicina previdenciária, de lutas contra ditadura militar e no processo de redemocratização. Essa conjuntura, acrescida da luta do movimento

pela reforma sanitária, acendeu o debate sobre a APS na saúde do Brasil, a autora cita algumas experiências ocorridas no Brasil:

“Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev Saúde), em 1980; o Plano do Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), em 1982; as Ações Integradas de Saúde (AIS), tomadas como estratégias em 1985; assim como os programas de atenção primária direcionados a grupos específicos, como o de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Paism) e da Criança (Paisc), lançados concomitantemente ao processo de implantação das AIS, entre 1984 e 1987”. (OLIVEIRA,2012, pg.111).

Estes programas foram criados estrategicamente para conformar uma rede básica de saúde, que serviram de modelo para outros programas surgidos depois como o de saúde do idoso, grupo de risco etc. Mais adiante, entram em pauta a descentralização e a municipalização com intuito de transferir a responsabilidade dos serviços de saúde para os estados e municípios, isto configura a política de reorganização do modelo de atenção, entra em vigor também, a importância da promoção da saúde, “o debate em torno da promoção da saúde ganha destaque a partir da primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada no ano de 1986, em Ottawa, Canadá”. OLIVEIRA (2012, pg. 113).

Ainda segundo OLIVERIA (2012), a importância da promoção da saúde, junto com algumas experiências como o PACS³ (Programa de Agentes Comunitários de Saúde), associado a questão urgente assistencial do SUS, fizeram emergir o Programa de Saúde da Família (PSF). Neste ponto, o Estado vê como possibilidade barata e eficaz, a transferência dos recursos para os municípios e estados para a partir daí reordenarem a atenção primária.

O Programa de Saúde da Família (PSF) é criado em 1994, com intuito de implementar a Atenção Primária, e esta, tornou-se, então, uma política nacional no SUS. O programa tinha como principal objetivo organizar a APS e organizar a questão assistencial do SUS, e orientava-se pelos princípios da vigilância à saúde, descentralização e hierarquização, territorialização, adscrição da clientela e atuação com base em uma equipe multiprofissional, MASSUDA (2010, P.176).

³ O PACS foi implantado em 1991 pela Fundação Nacional de Saúde, tinha caráter emergencial e visou dar suporte à assistência básica, onde não houvesse a interiorização da assistência médica. OLIVEIRA (2008, pg.600 *Apud* GIOVANELLA E MENDONÇA, 2012, pg. 112).

Em 2006 é elaborada a Política Nacional de Atenção Básica, PNAB, que imprime muitos avanços colocados, inclusive, pelo movimento da reforma sanitária. A PNAB 2006 define a atenção primária como:

“Um conjunto de ações, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social”. PNAB. (2006, pg.10).

Em 2012 a PNAB é reelaborada, porém muitas coisas da PNAB 2006 são mantidas. O que vem de acréscimo na PNAB 2012 são algumas inovações da política como a universalização do Programa de Saúde na Escola (PSE), inclusão de equipes de atenção básica nos Consultórios na Rua, ampliação dos municípios que podem ter NASF, além de mudanças no financiamento. Segundo o Departamento de Atenção Básica (DAB), em 2012, houve um “aumento dos recursos (quase 40% em relação a 2010) repassados fundo a fundo”. <http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnab.php>.

Além disso, a PNAB 2012 indica que para concretizar as ações já previstas na PNAB 2006:

“É fundamental que a política se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social”. (PNAB 2012 PG. 10).

É possível notar, diante das características deste nível de atenção, a grandiosidade e potencialidade que suas ações podem alcançar, uma vez que seus princípios, diretrizes, e forma de organização reforçam a política de saúde como direito fundamental e que extrapola a centralidade médica no trato da saúde das populações. A integralidade, intersetorialidade, interdisciplinariedade, participação social, entre outros, tornam a Atenção Primária uma política de possibilidades, além do fato de ser a porta de entrada ao sistema de saúde. Entretanto, os entraves e os embates promovidos entre outras coisas, pela correlação de forças FALEIROS

(2008), dificultam constantemente o alcance de suas ações, uma vez que vivemos a disputa de projetos em torno da saúde, por um lado direcionado à privatização e por outro que reforça os pressupostos do movimento pela reforma sanitária e prevê a ampliação do SUS enquanto política pública, universal direito de todos e dever do Estado.

O conceito da política como se pode ver, caminha para uma perspectiva ampliada, ao mesmo em que na prática as disputas continuam. A Atenção Primária foi e é viabilizada pelo Estado em um contexto de contrarreforma neoliberal, onde são seguidas as normativas dos organismos internacionais. Nesse cenário a construção da APS se dá em meio a contradições e projeto destoantes:

“A APS vem se constituindo, no âmbito do SUS num campo de disputas entre perspectivas mais abrangentes e outras focalizadas, seletivas, com baixos custos e sob forte responsabilização das famílias, indivíduo e sociedade”. (OLIVEIRA, 2012, pg. 116).

Em 2006 o PSF deixou de ser um programa e tornou-se uma estratégia, tornando-se então a Estratégia de Saúde da Família (ESF), uma vez que o status de programa denota caráter de provisório, e a estratégia representa algo estável e sustentável. (CAMPOS, GUTIÉRREZ E GUERRERO, 2010).

Para além da Estratégia de Saúde da Família, a atenção primária em saúde continuou a ser desenvolvida nos centros de saúde, por alguns compreendido como centros tradicionais de saúde, além de incorporar outros serviços e ações como o Consultório na rua, que atende a população em situação de rua, as ações de atendimento domiciliar, o NRADS, desenvolvido no Distrito Federal, ações de saúde prisional, entre outras.

No que se refere ainda a ESF, o Ministério da Saúde mediante a portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, cria o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), como retaguarda especializada que presta apoio aos serviços da atenção primária, sobretudo à ESF, o “NASF busca apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e ampliar a abrangência, a resolutividade, a territorialização, a regionalização, bem como a ampliação das ações da APS no Brasil”. (*Cadernos de Atenção Básica nº 27, 2010, PG.10*). Além do apoio as equipes da ESF, o NASF se vincula também às equipes de atenção básica para populações

específicas como Consultório na Rua, equipes ribeirinhas, fluviais entre outras, e às equipes de Academia da Saúde. Como já explicitado, o NASF não é porta de entrada do sistema para os usuários, e sim de apoio às equipes vinculadas.

O NASF deve ser composto por uma equipe multiprofissional, que pode ser composta por diversos profissionais como assistentes sociais, nutricionistas, médicos, farmacêuticos, psicólogos, arte educadores e entre outros. O NASF presta apoio às equipes de referência a qual está vinculado e, normalmente, não realiza atendimento individual e direto aos usuários, isso só acontece mediante encaminhamento feito pelas ESF's e em casos extremos. Portanto, o NASF desenvolve trabalho em duas dimensões: clínico-assistencial e técnico pedagógica, a primeira é feita diretamente com os usuários, e a segunda é realizada por meio do apoio educativo às equipes. *Cadernos do NASF* (2010).

Os NASFs fazem parte da atenção primária e trabalham a partir da demanda das equipes, além disso, o Núcleo realiza ações de forma integrada com a rede de atenção à saúde, como os CAPS, Ambulatórios Especializados, bem como o SUAS e entre outros. PNAB (2012).

A composição dos NASFs é definida pelos gestores da política e segue os critérios de prioridade das necessidades locais e também da requisição das equipes que serão acompanhadas. O trabalho desenvolvido com as equipes tem como base o apoio matricial, isso significa que o NASF desenvolve ações em torno das equipes de referência:

“Equipes de referência representam um tipo de arranjo que busca mudar o padrão dominante de responsabilidade nas organizações: em vez das pessoas se responsabilizarem por atividades e procedimentos (geralmente uma responsabilidade quantitativa), o que se busca é construir a responsabilidade de pessoas por pessoas”. (Cadernos da Atenção Básica nº27.2010, PG.11).

As equipes de referência são, sem dúvida, uma inovação. A formação da equipe é multiprofissional e isso reforça a integralidade do cuidado bem como a interação entre os profissionais. Cada profissional atua em sua área de concentração e também em conjunto com a equipe, de modo que constrói uma relação de interdependência com os outros profissionais. A equipe é responsabilizada por determinado grupo de usuários e isso contribui para a continuidade do vínculo e para a melhoria da qualidade do cuidado.

São exemplos de ações desenvolvidas pelo NASF:

“Discussão de casos, atendimento conjunto ou não, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes etc”. PNAB (2012, PG.70).

As ações podem ser desenvolvidas tanto nos centros de saúde, como nas Academias da Saúde e outros lugares do território.

O objetivo da criação do NASF é reforçar e ampliar as ações das equipes de referência vinculadas, movimentar e reforçar a educação permanente dos profissionais, ampliar a capacidade de cuidado e entre outras ações que possibilitem o aumento da qualidade da política de atenção primária. O NASF é orientado pelas diretrizes da Atenção Básica, portanto deve prestar apoio as equipes com direcionamento a um cuidado continuado e longitudinal, próximo da população e na perspectiva da integralidade.

1.4 SUS: A privatização e os desafios no direito à saúde

Existem vários entraves para efetivação do SUS tal qual pensado em 1988. A política de saúde que temos hoje está distante das propostas do movimento sanitário, não houve por parte do Estado e seus governantes o comprometimento efetivo com a implantação de um sistema público de saúde, ao contrário, os governos liberais tentaram sempre direcionar a política de saúde ao mais precário patamar para a partir daí legitimar a sua privatização desenfreada.

É importante destacar também o momento da eleição de Lula, que trouxe expectativas em relação ao Estado social, onde acreditava-se que as políticas sociais seriam reformuladas, que haveria distribuição de renda e diminuição da desigualdade social. No entanto, o projeto da contrarreforma continua, com a precarização do trabalho acentuada, privatização dos serviços, e, no caso específico da saúde houve: “a segmentação do sistema, com ênfase nas ações privadas que passam de complementares para essenciais” CFESS 2014. Em relação à saúde no período de governo de Dilma Rousseff, o que assistiu-se foi a permanência da disputa entre o projeto da reforma sanitária e o projeto privatista da saúde, o governo deu pequenos sinais de avanço em relação ao sistema público de saúde,

ao mesmo tempo em que reforçou o projeto privatista de saúde. Segundo análise de BRAVO E MATOS sobre o período temos que:

“Os dois projetos políticos existentes na saúde continuam em disputa. O atual governo ora fortalece o primeiro projeto, ora mantém a focalização e o desfinanciamento, característicos do segundo”. (2004, pg. 15).

Já com o governo ilegítimo⁴ de Michel Temer, o governo fortalece nitidamente o projeto focalista, privado e caminha diretamente para o desfinanciamento. Estas tendências ficam nítidas e se materializam por meio de algumas medidas já adotadas pelo governo, como a PEC 241 aprovada na câmara em dois turnos e agora tramita no senado sob o número PEC 55, que congela gastos sociais durante 20 anos em detrimento do pagamento da dívida pública. Ao mesmo tempo em que os cortes são mantidos apenas para o social, os gastos parlamentares só aumentam.

Este caminho que já começa a ser trilhado por Temer desaponta a implantação de uma política pública de saúde, a exemplo da proposta do SUS com suas prerrogativas legais que prevê o direito universal à saúde e o dever do Estado. Para viabilizar o SUS constitucional é preciso fortalecer um projeto de Estado e de sociedade em que assuma padrões mínimos de democratização. No entanto, o Estado brasileiro que historicamente se coloca a serviço de uma pequena burguesia nacional e dos interesses e corporações internacionais, deixa de investir em saúde pública para abrir o mercado da saúde, nacional e internacional. E, nessa direção, há diferentes formas de privatização no âmbito do sistema de saúde, tanto por dentro do público, a exemplo dos modelos de gestão por meio de fundações, OSs, EBSERH, isenção tributária de empresa e pessoa física, como total abertura para planos de saúde privados.

Segundo publicação do CFESS (2014):

⁴ Fruto de um golpe parlamentar/midiático que foi protagonizado por setores de oposição ao governo Dilma e pela elite burguesa brasileira, que diante da situação caótica de crise e instabilidade financeira, não exclusivamente originada de um Governo, mas sim um crise capitalista estrutural, utilizou-se do argumento moral da corrupção e da possibilidade de improbidade do governo, conhecidas no processo de pedido de *impeachment* como peladas fiscais, resultando na retirada da presidenta eleita democraticamente pela população brasileira sobre o voto direto.

“A contrarreforma do Estado atingiu a saúde por meio das propostas de restrição do financiamento público; da dicotomia entre ações curativas e preventivas, rompendo com a concepção de integralidade por meio da criação de dois subsistemas: o subsistema de entrada e controle, ou seja, de atendimento básico, de responsabilidade do Estado (uma vez que esse atendimento não é de interesse do setor privado) e o subsistema de referência ambulatorial e especializada, formado por unidades de maior complexidade que seriam transformadas em Organizações Sociais.”

As Organizações Sociais (OSs), surgem como um dos novos modelos de gestão contidos nas propostas neoliberais da contrarreforma. Estes novos modelos de gestão, OSs, Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) e das Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP), surgem para galgar a apropriação privada do fundo público da saúde, ou seja, para repassar os recursos públicos para o setor privado. (CORREIA e SANTOS, 2015).

Diante do processo de privatização e terceirização dos serviços públicos, as Organizações Sociais surgem sob o pretexto de viabilização e implementação de políticas públicas. A Lei Nº 9.637 de 1998, chamada Lei das OSs prevê em seu Artigo 1º:

“O Poder Executivo poderá qualificar como organizações sociais pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde”.

Segundo CORREIA e SANTOS:

“As OSs podem contratar funcionários sem concurso público, adquirir bens e serviços sem processo licitatório e não prestar contas a órgãos de controle interno e externos da administração pública. Assim, a instituição de OS abre precedentes para a flexibilização de vínculos e, conseqüentemente, para a precarização do trabalho, além da perda de direitos trabalhistas e previdenciários”. (2015, P.36).

A implantação das OSs afeta diretamente a dinâmica do trabalho que se torna ainda mais precarizado, uma vez que não existe a necessidade de concurso público para admissão de trabalhadores no contexto das OSs, o que acarreta a perda de diversos direitos trabalhistas e proporciona a dificuldade de mobilização e organização das categorias. Além disso, como citado, as OSs não prestam conta regularmente ao governo, a fiscalização é falha. A respeito da execução e fiscalização dos contratos de gestão, consta na Lei das OSs, em seu Artigo 8º:

“Art. 8º) A execução do contrato de gestão celebrado por organização social será fiscalizada pelo órgão ou entidade supervisora da área de atuação correspondente à atividade fomentada.

§ 1º A entidade qualificada apresentará ao órgão ou entidade do Poder Público supervisora signatária do contrato, ao término de cada exercício ou a qualquer momento, conforme recomende o interesse público, relatório pertinente à execução do contrato de gestão, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhado da prestação de contas correspondente ao exercício financeiro.

§ 2º Os resultados atingidos com a execução do contrato de gestão devem ser analisados, periodicamente, por comissão de avaliação, indicada pela autoridade supervisora da área correspondente, composta por especialistas de notória capacidade e adequada qualificação.

Fica nítida a falta de controle por parte do governo em respeito à execução e fiscalização da gestão das OSs, uma vez que, como visto no artigo supracitado, o órgão ou entidade fiscalizadora não possui regulamentação minuciosa, é falho e abre diversas possibilidades de desvio de recursos, bem como de não cumprimento dos serviços previstos. Segundo publicação da Frente Nacional contra Privatização da Saúde ⁵ de 2012:

“A Lei 6.937/98 que cria as Organizações Sociais garante a essas a aquisição de bens e serviços sem a emissão de licitações e as mesmas não necessitam prestar contas a órgãos internos e externos da administração pública, porque essas são atribuições do “Conselho Administrativo” gerido da forma que as OSs acharem cabíveis. Isto tem aberto precedentes para o desvio do erário. Deste modo, sem haver fiscalização, o desvio de recursos públicos tem ocorrido de forma mais intensa nos estados e municípios em que esse modelo de gestão já foi implantado”.

A publicação também mostra várias irregularidades das OSs e o prejuízo que causam ao fundo público, como os exemplos de alguns casos envolvendo OSs de São Paulo onde as Organizações Sociais gerem hospitais há 18 anos. Este é um modelo que precisa ser duramente questionado e sobre tudo combatido, porque reforça o projeto privatista da saúde e golpeia o projeto da reforma sanitária, que mesmo nas condições desfavoráveis luta pela materialização por meio do SUS. As OSs, também estão sendo colocados como estratégias para gerenciar as unidades e centros de saúde na atenção primária.

⁵ A Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde é composta por diversos Fóruns estaduais em torno da luta por um SUS 100% público, estatal e de qualidade. Fonte: www.contraprivatizacao.com.br.

Além das Organizações Sociais, vem tomando espaço os outros “novos modelos de gestão”, as OSCIPs, instituídas pela Lei Federal nº 9.790, transferem atribuições do Estado para o âmbito privado por meio dos “Termo de Parecia”, nas OSCIPs a prestação de serviços públicos é transferida para as Organizações Não Governamentais, cooperativas, associações da sociedade civil de modo geral, por meio de parcerias. Em 2007 são criadas as Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP), com personalidade jurídica de direito privado, para desenvolverem atividades nas áreas da saúde, assistência social, ciência e tecnologia, meio ambiente, cultura, desporto, comunicação social, entre outras. Em 2011 criou-se a EBSEH, de natureza privada e sob a forma de sociedade anônima para a prestação de serviços públicos de educação e saúde, trata-se de empresa pública com personalidade jurídica de direito privado e tem privatizado os hospitais universitários. (CORREIA e SANTOS, 2015).

No âmbito do Distrito Federal o governador Rodrigo Rollemberg caminha para a institucionalização das Organizações Sociais por meio do programa “Brasília Saudável” que busca, segundo os seus defensores, possibilitar uma gestão moderna e avançada. Essa proposta visa como ponto de partida a cidade de Ceilândia, com a instauração nos centros de saúde, colocando sob o comando das OSs o atendimento da saúde da família, que é parte integrante da atenção primária em saúde:

“O governo pretende iniciar o programa Brasília Saudável em Ceilândia, onde a cobertura da saúde pública alcança apenas 30% da população. A estimativa é que as unidades de atendimento para a saúde da família comecem a funcionar sob o modelo das OS a partir de agosto”. Correio Braziliense, 28/06/2016, Disponível em: http://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/cidades/2016/06/29/interna_cidadesdf,538265/governo-de-brasilia-quer-mudar-lei-das-organizacoes-sociais.shtml.

Em nova decisão o governo decidiu iniciar a implantação das OSs no DF em fevereiro de 2017. A implantação das OS no Distrito Federal é um caso típico da lógica oportunista de determinados governos que, utilizam como estratégia o sucateamento e abandono de políticas, para, em seguida, privatizar serviços em nome da melhoria e da qualidade. No caso específico do Distrito Federal, a saúde encontra-se em estado decretado de emergência desde janeiro de 2015, pela falta de medicamentos, materiais, pelo fechamento de leitos da UTI e falta de

profissionais, a situação é agravante e pouco se tem feito para de fato mudar a realidade da saúde pela via do Estado, logo, o governo traz a tona a falsa justificativa da necessidade da implantação do privado no que é público, o que coloca em questão os princípios do SUS e toda a tentativa de construção de um novo modo de pensar e fazer saúde.

No âmbito federal, como já exposto anteriormente, o governo Temer busca retroceder quando devia ser feito o processo contrário e trabalhar para o fortalecimento das políticas sociais, entre elas, a saúde, que fica marcada pela fala do novo Ministro da Saúde, nomeado pelo Presidente Michel Temer, Ricardo Barros que disse em entrevista ao jornal Folha de São Paulo: “Tamanho do SUS precisa ser revisto”, e acrescenta: “em algum momento o país não conseguirá mais sustentar os direitos que a constituição garante – como o acesso universal à saúde- será preciso repensá-los”. Folha de São Paulo, 17/05/2016. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2016/05/1771901-tamanho-do-sus-precisa-ser-revisto-diz-novo-ministro-da-saude.shtml>.

O que assistimos é um verdadeiro retrocesso em relação às pautas da saúde, tão defendidas pelos pensadores da reforma sanitária e daqueles que lutam pelo SUS e acreditam na possibilidade de efetivação de uma política universal, integral, com equidade e responsabilidade para com as/os usuárias/os. Nesse contexto, a política de saúde fundada na perspectiva do direito se vê fragilizada, uma vez que os novos modelos de gestão buscam, explicitamente o lucro de uns em detrimento do fundo público e daquilo que constitui direito, sobretudo da classe trabalhadora.

SEGUNDO CAPÍTULO

SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE- A Inserção da Profissão na Saúde

2.1. Serviço Social no Brasil- Contextualizando a Profissão

O Serviço Social está inserido na divisão social e técnica do trabalho, sendo uma especialização do trabalho da sociedade IAMAMOTO (2009). Só é possível compreender o significado da profissão se esta for analisada no contexto das relações sociais. A prática profissional se explica no âmbito das próprias relações de poder YAZBEK (2009). A reprodução de tais relações na sociedade capitalista é marcada por contradições permeadas pela lei geral da acumulação da produção IAMAMOTO (2009), onde os cidadãos são considerados sujeitos livres plenos de igualdade ao mesmo tempo em que a produção capitalista é cada vez mais social e a apropriação de seus frutos cada vez mais restrita.

“A análise sobre a gênese do Serviço Social como profissão é impensável fora dos marcos da ordem burguesa, da sua sociabilidade e de suas inerentes contradições fundadas na propriedade privada dos meios de produção e na apropriação privada da riqueza socialmente produzida” SILVA (2013, pg.29).

Estas contradições situadas no âmbito do trabalho e do capital fazem emergir o objeto da profissão, a questão social. Iamamoto:

“A Questão Social é apreendida como um conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade” (1998, p.27).

Uma vez que o objeto da profissão é a questão social, e esta, se dá pela contradição entre capital e trabalho, logo, as demandas do Serviço Social serão contraditórias, segundo Iamamoto isto implica que:

“O exercício profissional participa tanto dos mecanismos de exploração e dominação, quanto, ao mesmo tempo e pela mesma atividade, da resposta às necessidades de sobrevivência das classes trabalhadoras”. IAMAMOTO (2009, PG.24).

Portanto, o Serviço Social atende ao mesmo tempo a determinados interesses do capital e responde a demandas da classe trabalhadora. Segundo Yazbek (2009), o caráter político da profissão não é determinado só pela intenção do profissional, já que sua intervenção sofre condicionamentos objetivos dos contextos onde atua, no entanto, isso não quer dizer que o assistente social esteja passivo em relação às situações sociais e políticas do cotidiano da sua prática. O assistente

social “participa da reprodução da própria vida social, com isso, o Serviço Social pode definir estratégias profissionais e políticas no sentido de reforçar os interesses da população com a qual trabalha”. (YAZBEK, 2009, pg.129). A profissão, mesmo com a contradição que lhe é inerente, incide sobre a disputa de projetos societários, é aí que está a importância em fortalecer um projeto profissional contra hegemônico que se coloque em disputa contra o projeto do capital.

Ainda sobre as contradições da profissão, historicamente o Serviço Social é “acionado pelas classes e mediado pelo Estado em face das expressões da questão social” IAMAMOTO (2009, pg. 24), segundo Mirla Cisne (2012), é nessa arena de conflito da contradição entre capital e trabalho que o Serviço Social é chamado a intervir, sendo o Estado o seu principal empregador. É nesse contexto de requisição por parte do Estado que o Serviço Social será institucionalizado no Brasil.

Em meados de 1930 o presidente Getúlio Vargas, de maneira estratégica, reconhece a questão social de maneira diferenciada em relação ao que se tinha anteriormente no país, onde se lidava com a questão social como caso de polícia ou como assunto ligado à benevolência e serviços de solidariedade caritativa. Com a tentativa estratégica de superar o tratamento policialesco, Getúlio lança mão de iniciativas voltadas para a regulação social Yazbek (2009). Dentre as iniciativas estão a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), Salário Mínimo e outras, todas com viés paternalista, clientelista e assistencialista.

O governo da época toma essas iniciativas devido ao crescimento do capitalismo no Brasil, que ganha força com a crise de 1929, “cresce a indústria e o mercado nacionais, avançando simultaneamente o crescimento da classe trabalhadora e a agudização de sua pobreza” CISNE (2012, pg. 31). Com isso a classe trabalhadora toma fôlego para se organizar e aos primeiros sinais de ameaça à ordem vigente, o governo lança mão de tais medidas de cunho apassivador. “O objetivo central de Vargas era, destarte, impedir a autonomia das organizações sindicais, da classe trabalhadora de uma forma geral, que já conquistava espaço no cenário político”. (2012, p.32).

Nesse momento o Serviço Social é acionado pelo Estado, à época a igreja católica era responsável pelo processo de formação dos profissionais, a questão

social era tratada a partir da doutrina social da igreja, ou seja, imperava o trato moralizante e individualista da questão social:

“Tratava-se de um enfoque conservador, psychologizante e moralizador da questão, que necessita para seu enfrentamento de uma pedagogia psicossocial, que encontrará, no Serviço Social, efetivas possibilidades de desenvolvimento”. YAZBEK (2009, pg.131).

Com a influência da igreja católica o Serviço Social brasileiro vai ter os seus posicionamentos voltados para ações de cunho humanista e conservador, colocando-se, segundo Iamamoto (2009), contrário aos ideários liberal e marxista, com intuito de fortalecer o pensamento social da Igreja no trato da questão social. A doutrina social da igreja católica está presente na gênese do Serviço Social, inclusive na América Latina. Essa influência da igreja católica, com base no humanismo cristão, vai moldar os valores e direcionar as práticas do Serviço Social. Tais práticas estão ligadas “às expectativas, habilidades e qualidades naturalmente atribuídas ao feminino na tradição ocidental cristã” CISNE (2012, pg.45). De acordo com Cisne (2012), a gênese do serviço social está ligada à vocação e ao cuidado, sendo ambas funções socialmente direcionadas às mulheres pelo patriarcado, isso se revela também pela condição social direta da mulher ao casamento e a maternidade. Tal análise é necessária para compreensão da marca historicamente feminina da profissão.

Voltando ao processo de institucionalização do Serviço Social, a partir dos anos 1940 o conservadorismo católico do Serviço Social inicia um processo de avanço técnico da profissão, esse avanço conta com a teoria social positivista, também de cunho conservador, isto porque o positivismo: “aborda as relações sociais dos indivíduos no plano de suas vivências imediatas, como fatos, como dados, que se apresentam em sua objetividade e imediatez”. YAZBEK, (2009, pg.147). Estas características do positivismo associadas ao conservadorismo da igreja vão configurar o serviço social como uma profissão que busca regular, ajustar os indivíduos, com base na psychologização e na moralização da questão social, onde os usuários seriam individualmente responsáveis por suas próprias condições.

É com a criação de instituições assistenciais, que o Estado irá acionar o Serviço Social para desenvolver ações de caráter regulador, e que corroborem para

a manutenção do processo de acumulação capitalista, ampliando a área de atuação do Serviço Social. Estas ações desenvolvidas no âmbito do Estado, apesar de reproduzirem a lógica da doutrina social da igreja, extrapolam o trabalho voluntário e filantrópico desenvolvido diretamente pela ótica da igreja católica. Isto não significa que o Serviço Social, nesse momento, foge da lógica moralizante e individualista, já que as ações do Estado têm caráter regulador, paternalista, repressivo, e “reforça a ideia de um Estado humanitário e benemerente” Yazbek (2009, pg. 132). Logo, é possível observar que o Estado sob o governo de Getúlio não pretende tratar a questão social em sua gênese, já que sua política é paternalista e voltada para a própria legitimação do Estado. A intenção de tais iniciativas do governo nitidamente não estava voltada para a ampliação da cidadania, distribuição de renda e acesso a direitos sociais. É sob essa direção que o Serviço Social será institucionalizado e requisitado a desenvolver ações voltadas para o fortalecimento do Estado.

A respeito da profissão, a partir do que foi até o momento exposto, em concordância com SILVA (2013), entende-se que o Serviço Social não é apenas consequência de uma evolução das ações de ajuda presentes nas práticas sociais religiosas. Configura-se, na verdade, como uma profissão gestada na era do capitalismo de monopólios⁶, e faz parte de um complexo processo comprometido com a formulação de inúmeras estratégias utilizadas para maximizar e intensificar a acumulação do capital.

Este momento histórico da profissão será questionado mais a frente, quando em meados dos anos 60, a conjuntura apresenta a expansão do capitalismo e a mundialização do capital, que em seguida, devido à crise do capital dos anos 70, reverbera no Brasil medidas de ataque à classe trabalhadora para salvaguardar o capital e seus lucros no momento de crise. Essa conjuntura aprofunda as desigualdades sociais, o desenvolvimento se torna cada vez mais excludente. É neste momento que o Serviço Social será questionado pelos próprios profissionais, e estes caminham para a problematização da realidade da conjuntura apresentada e de suas próprias práticas:

“A profissão assume as inquietações e insatisfações deste momento histórico e direciona seus questionamentos ao Serviço Social tradicional através de um amplo

⁶ Capital monopolista é a centralização e concentração de capitais, onde a expansão industrial e a concentração da produção transformam a competição em monopólio.

movimento, de um processo de revisão global, em diferentes níveis: teórico, metodológico, operativo e político”. YAZBEK (2009 pg.148).

Tal movimentação da profissão se dará em toda América Latina, de modo que o movimento de renovação terá adesão a teoria social de Marx, que só irá se consolidar após um “tortuoso processo” Yazbek (2009) histórico dentro da profissão. No Brasil, em virtude da ditadura empresarial militar (NETTO 1991), o aprofundamento da renovação e da revisão das bases da profissão serão adiadas, o que se obtém é um projeto denominado: modernização conservadora (NETTO, 1994). A modernização é caracterizada, segundo Yazbek, pela:

“Incorporação de abordagens funcionalistas, estruturalistas e mais tarde sistêmicas (matriz positivista) voltadas a uma modernização conservadora e à melhoria do sistema pela mediação do desenvolvimento social e do enfrentamento da marginalidade e da pobreza na perspectiva de integração da sociedade. Os recursos para alcançar tais objetivos são buscados na modernização tecnológica e em processos e relacionamentos interpessoais. Estas opções configuram um projeto renovador tecnocrático fundado na busca da eficiência e da eficácia”. (2009, pg.149).

Estes aspectos colocados por Yazbek evidenciam a reorganização da profissão pela via técnica, ainda de base conservadora, respaldada pelo positivismo, onde entram no cenário medidas de organização do serviço, como eficiência e eficácia. O que se busca com tais medidas é o alcance administrativo de metas, onde são desconsiderados os níveis de acesso da população à direitos e cidadania. Mesmo sob questionamento estas práticas voltadas para o fortalecimento do Estado não podiam ser tensionadas ainda, “sem dúvidas as ditaduras que tiveram vigência no continente deixaram suas marcas na profissão, que depois de avançar em uma produção crítica nos anos 60/70, são obrigadas a longo silêncio”. Yazbek (2009, pg.148-149).

A vertente marxista lentamente foi admitida pela profissão, num processo de embates e tensionamentos. Em meados dos anos 80 o Serviço Social passa a dialogar com a teoria de Marx, esse momento é denominado por intenção de ruptura. Por meio desse movimento o Serviço Social busca novas bases teóricas e novas referências para legitimar a ação profissional, reconhecendo o movimento contraditório do capitalismo, enquanto sistema que tem como base de desenvolvimento a exploração daqueles que não possuem meios de produção, mas apenas a sua força de trabalho:

“O posicionamento crítico (que passa a ser assumido nos últimos anos por uma parcela minoritária, embora crescente, de Assistentes Sociais) emerge não apenas de iniciativas individuais, mas como resposta às exigências apresentadas pelo momento histórico. Torna-se possível à medida que o contingente profissional se expande e sofre as consequências de uma política econômica amplamente desfavorável aos setores populares. Nessa conjuntura político-econômica em que já não se podem ignorar as manifestações populares, em que os movimentos sociais e o processo organizativo de diversas categorias profissionais se revigoram, a prática do Assistente Social passa a ser analisada a partir das implicações políticas do papel desse intelectual vinculado a um projeto de classe” (Iamamoto (1992, p.43).

A intenção de ruptura revela a aproximação da profissão com as demandas da classe trabalhadora. Observa-se uma fragilização da relação entre as assistentes sociais e as demandas do Estado para o capital, expresso no compromisso que a categoria passa a desenvolver com a classe trabalhadora. Toda essa movimentação da profissão tem uma razão de ser, que se explica mais nitidamente pelo processo de contrarreforma do Estado, que ataca diretamente a classe trabalhadora em virtude das investidas do neoliberalismo no Brasil, pela influência dos organismos internacionais.

Este processo de investida do neoliberalismo no Brasil, está diretamente ligado à mundialização do capital e traz consequências para a classe trabalhadora. Segundo Iamamoto (2009) a mundialização do capital, tem forte incidência nas políticas públicas e reforça a focalização e o desfinanciamento das mesmas, bem como opera a regressão dos direitos do trabalho.

A lógica da mundialização do capital associada aos ciclos de crise, incide sobre a classe trabalhadora diretamente, de modo que explica a intenção de ruptura, uma vez que os trabalhadores são alvo de ataques em prol da salvação do capital em meio à crise. Tais ataques são evidenciados pela precarização do trabalho, diminuição dos salários, demissão em massa, redução dos direitos sociais e entre outras medidas de contenção econômica do capital para salvar-se da crise. Segundo Iamamoto:

“A exigência ao nível da produção é reduzir custos e ampliar as taxas de lucratividade... Isso afeta radicalmente a organização dos processos de trabalho: o consumo e gestão da força de trabalho, as condições e relações de trabalho, assim como o conteúdo do próprio trabalho. Envolve a intensificação do trabalho e a ampliação da jornada, a redução dos postos de trabalho e a precarização das condições e dos direitos do trabalho”. (2012, pg.144).

Tudo isso envolve o trabalho dos assistentes sociais, tanto na sua própria dinâmica de trabalho, como também nos serviços onde atua, uma vez que o que resta é uma rede social fragilizada e cortes profundos de gastos para o social.

Contudo, é a partir da admissão da vertente marxista enquanto orientadora da profissão, que a categoria de assistentes sociais passa a direcionar o seu exercício à materialização dos direitos sociais na vida dos trabalhadores. Segundo IAMAMOTO (2009), esse processo de ruptura e entrada em um novo marco da profissão exige dos profissionais novas respostas, isso vai levar a alterações nos campos do ensino, da pesquisa, da regulamentação da profissão e da organização político- corporativa dos assistentes sociais.

O projeto político da profissão passa a ser construído de modo articulado entre as entidades da categoria, sobretudo por meio do conjunto CFESS/CRESS, ABEPSS e ENESSO, entre outras entidades como, sindicatos e associações.

São de extrema importância para o processo de consolidação do amadurecimento da profissão a participação da categoria na luta por direitos, a exemplo da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), criada em 1993, que imprime um importante avanço para o reconhecimento da assistência social enquanto política pública de responsabilidade do Estado, e isso tem forte incidência sobre a profissão uma vez que “a relação entre serviço social e assistência social pode ser considerada orgânica à medida que o processo de institucionalização da profissão se dá enraizado com a história da assistência social”. CISNE (2012, pg.34). As Diretrizes Curriculares definidas pela ABEPSS de 1996 e o Código de Ética profissional de 1993, são importantes dispositivos que expressam a perspectiva ética – política adotada pela categoria. No que se refere ao Código de Ética, sem o objetivo de aprofundar, mas de suscitar a reflexão, descrevo os princípios fundamentais que normatizam o exercício profissional do/a assistente social, previstos em seu código ética e que expressam a direção ético-política adotada:

Princípios Fundamentais: I- Reconhecimento da liberdade como valor ético central e das demandas políticas a ela inerentes_ autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais.

II- Defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo.

III- Ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda sociedade, com vistas à garantia dos direitos civis sociais e políticos das classes trabalhadoras.

IV- Defesa do aprofundamento da democracia, enquanto socialização da participação política e da riqueza socialmente produzida.

V- Posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática

VI- Empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças.

VII- Garantia do pluralismo, através do respeito às correntes democráticas existentes e suas expressões teóricas, e compromisso com o constante aprimoramento intelectual.

VIII- Opção por um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação-exploração de classe, etnia e gênero.

IX- Articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios deste Código e com a luta geral dos trabalhadores.

X- Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional.

XI- Exercício do Serviço Social sem ser discriminado/a, nem discriminar por questões de inserção de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, idade e condição física. Código de Ética do Assistente Social Comentado (2012, pg. 120-130).

Estes princípios impressos no Código de Ética enunciam com nitidez o direcionamento do projeto ético político da profissão, a liberdade como valor ético central, defesa intransigente da classe trabalhadora, bem como a defesa pela justiça social. O Código de Ética de 1993 representa um enorme avanço da profissão, além de expressar o seu amadurecimento e compreensão do lugar onde se insere a profissão e quais são as correlações de força a serem travadas no cotidiano dos profissionais.

A propósito do ano de 1993, temos também a Lei 8.662/93, Lei de Regulamentação da Profissão, importante dispositivo legal para compreensão e normatização do exercício profissional. Seguindo o raciocínio de JOSIANE DOS SANTOS (2014), a lei 8662/93 reacende a necessidade de compreender as atribuições e competências profissionais, amplia as capacidades interventivas e traz para a categoria o desafio de aprimorar os instrumentos, ampliar debates a respeito da interdisciplinariedade, além de suscitar questões relacionadas ao enriquecimento e acúmulo da profissão.

A profissão amadureceu, se consolidou, porém, não se desvinculou absolutamente do conservadorismo e de algumas práticas destoantes ao projeto

ético político. Isso pode ser entendido pelo pluralismo. Antes de discorrer sobre, é importante sinalizar que para NETTO (1999), o projeto da profissão pode tanto representar a imagem ideal da profissão, bem como, os valores que a legitimam, sua função social e objetivos, conhecimentos teóricos, saberes interventivos, normas, praticas etc. Logo o projeto assume diversas dimensões da profissão. Segundo MARTINELLI, “O projeto ético-político que temos hoje no âmbito do Serviço Social, cuja base de sustentação é a teoria social marxista, é uma construção coletiva da qual todos nós participamos, com nossas vidas, com nossas histórias, com a densidade de nossas práticas”. (2006, pg. 16).

O Projeto é coletivo, segundo MARTINELLI, é construído:

“A partir dos diferentes lugares sociais que ocupamos: pesquisadores, docentes, profissionais de campo, estudantes de Serviço Social, fomos protagonistas desta construção, integramos este sujeito coletivo, esta coletividade juntamente com o conjunto CFESS/CRESS/ABEPSS, com as organizações sócio-assistenciais, com as agências formadoras de ensino e pesquisa”. (2006, pg. 16).

No entanto, é importante ressaltar que o projeto ético-político do Serviço Social não é exclusivo, é expressão histórica do amadurecimento da profissão, politicamente organizado, pode ser hegemônico, mas não é único. O coletivo da profissão é um campo de disputa, onde sempre será possível o surgimento de projetos profissionais diferentes. MARTINELLI (2006).

Dentro do projeto de uma profissão e aqui falando especificamente do Serviço Social, existirá o que Netto chama de pluralismo, e isso nos remete a entender que “Todo corpo profissional é um campo de tensões e de lutas, a afirmação e consolidação de um projeto profissional em seu próprio interior não suprime as divergências e contradições”. (1999, pg. 05). Segundo Netto o pluralismo é legítimo dentro de qualquer profissão, mas o processo de disputa por hegemonia do projeto deve considerar o caráter histórico da profissão, além de reconhecer que o projeto ético político não é definitivo, nem endógeno, e sim uma construção social que se faz em meio a um complexo jogo de forças políticas, implicando a luta por hegemonia. MARTINELLI (2006).

O projeto ético político do Serviço Social é permeado pela dimensão da ética, conforme explicita Netto:

“Os elementos éticos de um projeto profissional não se limitam a normativas morais e/ou prescrições de direitos e deveres: eles envolvem, ademais, as opções teóricas, ideológicas e políticas dos profissionais – por isto mesmo, a contemporânea designação de projetos profissionais como *ético-políticos* revela toda a sua razão de

ser: uma indicação ética só adquire efetividade histórico-concreta quando se combina com uma direção político-profissional”.

Ainda segundo o autor, a adesão ou não ao projeto ético político profissional está situada no âmbito individual, político e ético de cada profissional. A construção do projeto é marcada por divergências, no entanto, o embate deve estar situado no âmbito da disputa de ideias e da disputa de projetos, e não levado a mecanismos de coerção e exclusão. Para isso é importante zelar para que não se direcione a disputa ao campo do individual, do taxativo em relação às escolhas de cada profissional. Reitero, em concordância com o autor, que esta disputa deve estar situada no âmbito do projeto e das ideias.

2.2) Serviço Social e saúde- principais elementos do exercício profissional nesse espaço sócio-ocupacional.

No momento histórico em que se formava o movimento pela reforma sanitária, o Serviço Social iniciava a transição entre o período de modernização conservadora para o processo de intenção de ruptura. O Serviço Social, apesar de não participar das articulações do movimento pela reforma sanitária, passava no mesmo momento pelo seu processo de organização e de redefinição de sua perspectiva ético política. BRAVO E MATOS (2004). O movimento da reforma sanitária construía o projeto do SUS, e o Serviço Social construía o seu projeto, “Os dois projetos são construídos no processo de redemocratização da sociedade brasileira e se consolidam na década de 1980” CFESS (2014, PG.24).

No momento da intenção de ruptura e da nitidez da defesa da classe trabalhadora, a ação profissional será direcionada para a ampliação do acesso a direitos das/os trabalhadoras/es, com isso o Serviço Social se aproxima da proposta da reforma sanitária e princípios do SUS, segundo Miotto e Nogueira (2006), existe uma afinidade entre estes projetos, que reconhecem a necessidade de políticas sociais que de fato, instrumentalizem os direitos sociais, nesse caso, o direito à saúde.

A partir da admissão da concepção ampliada de saúde pelo SUS, as/os assistentes sociais encontram maiores possibilidades de inserção na política, além disso:

“A adesão ao novo paradigma é que vai permitir aos assistentes sociais encaminharem suas ações de forma a tensionar a política social vigente em direção aos ideais da reforma sanitária e do projeto ético-político da profissão”. MIOTO E NOGUEIRA (2009, PG. 22).

De acordo com MIOTO E NOGUEIRA, o novo paradigma tem base na determinação social em saúde, que é explicada pelas autoras assim:

“entre os diversos fatores determinantes das condições de saúde incluem-se os condicionantes biológicos (idade, sexo, características herdadas pela herança genética), o meio físico (que inclui condições geográficas, características da ocupação humana, disponibilidade e qualidade de alimento, condições de habitação), assim como os meios sócio-econômico e cultural, que expressam os níveis de ocupação, renda, acesso à educação formal e ao lazer, os graus de liberdade, hábitos e formas de relacionamentos interpessoais, a possibilidade de acesso aos serviços voltados para a promoção e recuperação da saúde e a qualidade de atenção pelo sistema prestado. MIOTO E NOGUEIRA (2009 pg. 12).

O trabalho dos assistentes sociais na saúde será, portanto, orientado pela admissão da concepção ampliada de saúde, para isso, segundo Bravo e Matos (2004) o projeto da reforma sanitária requisita dos assistentes sociais a busca de democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde, atendimento humanizado, estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade, interdisciplinaridade, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático às informações e estímulo a participação cidadã.

Seguindo essa linha, Mioto e Nogueira acrescentam que as premissas para a ação do assistente social na saúde estão divididas em três pilares, sendo eles: “necessidades sociais em saúde; direito à saúde e produção da saúde”. (2009, pg. 223). Nesse sentido Mioto e Nogueira afirmam que é necessário para traduzir tais premissas, dispositivos operacionais que possam consolidar as ações dos profissionais, estes dispositivos são integralidade, universalidade e participação social, todos previstos no SUS, como já registrado neste trabalho no primeiro capítulo. Esta tríade de dispositivos (integralidade, universalidade e participação social) segundo as autoras: “Servem para sustentar os eixos argumentativos e contribuem para instrumentalizar os assistentes sociais nos distintos espaços sócio-ocupacionais relativos à atenção à saúde” 2009 (pg. 228).

A integralidade está ligada à junção de saberes, de conhecimentos, para dessa maneira, atender as e os usuários em sua totalidade, além disso, a integralidade:

“Permite a articulação das equipes profissionais e dos serviços, dentro de uma rede complexa, favorecendo a consciência do direito à saúde e instrumentalizando para a intervenção individual e coletiva sobre os determinantes do processo saúde/doença, ao reconhecer a pessoa como um todo indivisível que vive em um espaço local, em um Estado Nacional e em um mundo pretensamente globalizado”. MIOTO E NOGUEIRA (2009, pg.13).

A integralidade pressupõe a interdisciplinariedade e a intersetorialidade. A respeito da interdisciplinariedade:

“A interdisciplinaridade é compreendida como um processo de desenvolvimento de uma postura profissional que viabilize um olhar ampliado das especificidades que se conjugam no âmbito das profissões, através de equipes multiprofissionais, visando integrar saberes e práticas voltados à construção de novas possibilidades de pensar e agir em saúde”. (MIOTO; NOGUEIRA, 2009, p.6-7).

Já a intersetorialidade diz respeito ao trabalho em rede, trata-se do trabalho compartilhado entre instituições, “visa à superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas institucionais para produzir efeitos significativos na saúde da população”. (Mioto e Nogueira, 2009, pg. 10).

A integralidade e seus adjacentes, interdisciplinariedade e intersetorialidade, são segundo publicação do CFESS 2014, conceitos fundamentais para a ação das assistentes sociais na saúde, assim como, concepção de saúde e participação social.

O documento: Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde 2014, do CFESS, organiza a atuação das assistentes sociais na saúde em quatro eixos, sendo eles: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional.

O atendimento direto aos usuários se dá por ações socioassistenciais, ações de articulação com a equipe de saúde e ações socioeducativas. Segundo o CFESS 2014, essas são as principais demandas aos profissionais de Serviço Social. O eixo de mobilização, participação e controle social, consiste no desenvolvimento de

ações de mobilização e participação social de usuários, familiares, trabalhadores de saúde e movimentos sociais em espaços democráticos de controle social e nas lutas em defesa da garantia do direito à saúde. Esse eixo é de extrema importância para a organização da classe trabalhadora, em prol da luta pela defesa de direitos e suas reivindicações. A investigação, planejamento e gestão, tem como objetivo fortalecer a gestão democrática e participativa, que por meio do trabalho em equipe e intersetorial, busca propostas que viabilizem e potencializem a gestão a favor dos usuários e trabalhadores da saúde. O eixo assessoria, qualificação e formação profissional, objetiva o aprimoramento profissional com intuito de melhorar a qualidade dos serviços prestados, esse eixo envolve a educação permanente dos trabalhadores da saúde e residentes. Exemplos de atividades de formação profissional são, a criação de campos de estágio, supervisão de estagiários, preceptoria de residentes entre outros. CFESS (2014).

Estes quatro grandes eixos tem um grande potencial, se articulados e promovidos por meio da proposição criativa dos profissionais tendo como ênfase:

“A investigação da realidade, as ações socioeducativas, as demandas reais e potenciais, na participação social, na ampliação da atuação profissional, mediando a ação direta com os usuários com as atividades de planejamento, gestão, mobilização e participação social, bem como com as ações voltadas para assessoria, formação e educação permanente”. CFESS (2014, pg. 63).

Ainda pela publicação do CFESS, essas ações devem ser orientadas pelos fundamentos teórico-metodológicos, ético-políticos e procedimentos técnico-operativos, tendo como referência o projeto profissional do Serviço Social construído nos últimos 30 anos.

2.3) Serviço Social no NASF- OBJETIVOS E PRINCIPAIS AÇÕES

No NASF as ações do Serviço Social se dão principalmente pelo matriciamento às equipes de saúde da família, as ESFs fazem atendimento direto aos usuários e são a equipe de referência das famílias, como já referido neste trabalho. O matriciamento consiste em preparar as equipes para atender com qualidade as demandas dos usuários e comunidade em geral que mostrem expressões da questão social no seu contexto. Segundo CAMPOS E DOMITTI:

“O apoio matricial em saúde objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde. Trata-se de uma metodologia de trabalho complementar àquela prevista em sistemas hierarquizados, a saber: mecanismos de referência e contra-referência, protocolos e centros de regulação. O apoio matricial pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico pedagógico às equipes de referência. Depende da construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre os componentes de uma equipe de referência e os especialistas que oferecem apoio matricial”. (2006, pg. 1548/1549).

Os NASFs são organizados em modalidade de atendimento, podendo ser definidos como NASF 1, NASF 2 OU NASF 3, o NASF 1 tem capacidade de atender de quatro a nove equipes vinculadas, o NASF 2, três a quatro equipes vinculadas e o NASF 3, uma ou duas equipes.

Segundo Campos e Domitti (2006), o apoiador matricial é um especialista que tem um núcleo de conhecimento e um perfil diferente daquele dos profissionais que são referência, mas que pode contribuir com saberes e intervenções que aumentem a capacidade de resolver problemas de saúde da equipe de referência responsável pelos diversos casos. “O apoio matricial procura construir e ativar espaço para comunicação ativa e para o compartilhamento de conhecimento entre profissionais de referência e apoiadores”. (Pg. 1549).

Além do matriciamento às equipes o assistente social do NASF trabalha com atendimento direto aos usuários, tanto em equipe quanto individualmente e desenvolve e fortalece o trabalho com a comunidade e com a rede. No terceiro capítulo deste trabalho fundamento e destaco como se desenvolvem tais ações no âmbito do Serviço Social dos NASFs DF.

Apesar de os serviços do NASF extrapolarem a dimensão da família, esta é central tanto no trabalho das equipes de saúde da família, como para o NASF, Segundo SANTOS E BIASOLI (2008, pg. 48):

“Qualquer análise familiar deve ser realizada dentro de uma perspectiva de totalidade. Nessa perspectiva o grupo familiar tem um papel decisivo, seja na estruturação, seja no desencadeamento das dificuldades de seus membros. O reconhecimento da família como totalidade implica também reconhecê-la dentro de um processo de contínuas mudanças. Essas são provocadas por inúmeros fatores, nos quais estão aqueles referentes à estrutura social em que as famílias estão inseridas e aqueles colocados pelo processo de desenvolvimento de seus membros.

Este trabalho com as famílias e comunidade se dá no território, “o território, enquanto lugar de uso e acontecimento social passa a ter um peso importante na compreensão do processo saúde–doença”. Cadernos do NASF nº (2010, pg. 89). O trabalho no território é parte fundamental da atenção primária à saúde, é nele também que se torna mais possível estabelecer de fato a integralidade do cuidado.

O caderno do NASF (2010, pg.90) elenca os objetivos do Serviço Social no NASF:

- 1) desenvolver ações que garantam a escuta e acolhida dos usuários;
- 2) incentivar e contribuir no processo de fortalecimento da autonomia e da organização pessoal do usuário;
- 3) apoiar os usuários na construção e ressignificação de seu projeto de vida;
- 4) criar espaços grupais que possibilitem a construção de relações humanizadoras e socializadoras por meio de trocas de experiências e construção de rede de apoio;
- 5) desenvolver ações integradas com os profissionais da equipe correlacionados com a área de atuação em atenção à saúde e demais políticas públicas;
- 6) socializar informações nas equipes e participar de discussão de situações vivenciadas por usuários e/ou familiares com as demais categorias profissionais, valorizando as ações desenvolvidas por eles;
- 7) promover a integração dos demais membros da equipe de trabalho;
- 8) produzir conhecimento sobre a população atendida na área da saúde, processo de pesquisa e a especificidade do serviço social;
- 9) participar da elaboração conceitual/metodológica para apoiar as práticas educativo-participativas desenvolvidas pela equipe de trabalho, com usuários e população atendida;
- 10) construir coletivamente e de forma participativa entre a equipe de saúde, segmentos organizados da comunidade, usuários e demais sujeitos sociais populares envolvidos a organização do trabalho comunitário.
- 11) incentivar a participação dos usuários nos fóruns de discussão e deliberação, tais como: Conselhos Locais de Saúde, Conselho Distrital de Saúde, Conselhos de Assistência Social, Conselho de Direitos da Criança e do Adolescente, Conselhos do Idoso e demais Conselhos de direitos, Reuniões da Comunidade, e outros.

Segundo o documento esses objetivos expressam um detalhamento das ações do Serviço Social, no entanto não significa que sejam específicos das assistentes sociais, trata-se na verdade do resultado da ação conjunta da equipe que tem interface com a área de estratégia do Serviço Social, já as ações do específica do assistente social no NASF, são elencadas pelo Caderno (2010), como:

- 1) coordenar os trabalhos de caráter social adstritos às equipes de SF;
- 2) estimular e acompanhar o desenvolvimento de trabalhos de caráter comunitário em conjunto com as equipes de SF;
- 3) discutir e refletir permanentemente com as equipes de SF a realidade social e as formas de organização social dos territórios, desenvolvendo estratégias de como lidar com suas adversidades e potencialidades;

- 4) atenção às famílias de forma integral, em conjunto com as equipes de SF, estimulando a reflexão sobre o conhecimento dessas famílias, como espaços de desenvolvimento individual e grupal, sua dinâmica e crises potenciais;
- 5) identificar no território, junto com as equipes de SF, valores e normas culturais das famílias e da comunidade que possam contribuir para o processo de adoecimento;
- 6) discutir e realizar visitas domiciliares com as equipes de SF, desenvolvendo técnicas para qualificar essa ação de saúde;
- 7) possibilitar e compartilhar técnicas que identifiquem oportunidades de geração de renda e desenvolvimento sustentável na comunidade ou de estratégias que propiciem o exercício da cidadania em sua plenitude, com as equipes de SF e a comunidade;
- 8) identificar, articular e disponibilizar, junto às equipes de SF, rede de proteção social;
- 9) apoiar e desenvolver técnicas de educação e mobilização em saúde;
- 10) desenvolver junto com os profissionais das equipes de SF estratégias para identificar e abordar problemas vinculados à violência, ao abuso de álcool e a outras drogas;
- 11) estimular e acompanhar as ações de controle social em conjunto com as equipes de SF;
- 12) capacitar, orientar e organizar, junto com as equipes de SF, o acompanhamento das famílias do Programa Bolsa-Família e outros programas federais e estaduais de distribuição de renda;
- 13) no âmbito do serviço social, identificar e buscar as condições necessárias para a atenção domiciliar.

O assistente social na organização do seu processo de trabalho, tanto em atendimento direto aos usuários ou em conjunto com as equipes, pode utilizar como instrumentos metodológicos visitas domiciliares, grupos educativos ou de convivência, visitas institucionais, estudo social, intervenção coletiva, abordagem individual, grupal ou familiar, além da abordagem com a rede social.

O Serviço Social no NASF busca reforçar a saúde como direito social, assim como materializar esse direito na vida da classe trabalhadora, para com isso fortalecer a cidadania das e dos usuários. Além de reforçar o direito da saúde, também deve instruir a classe trabalhadora a respeito de seus direitos sociais e num trabalho de socioeducação orientá-la sobre o projeto de Estado e de sociedade o qual vivemos, afinal, ser cidadão extrapola o acesso focal a determinadas políticas, na verdade o conjunto de todas elas propiciam o acesso de fato ao direito social. Para isso é preciso o reforço das ações de intersetorialidade. Todas as possibilidades de ação e objetivos demonstrados, explicitam a grandiosidade desse locus de trabalho, que tem grande abertura para o trabalho intersetorial, interdisciplinar, que extrapola as paredes institucionais.

TERCEIRO CAPÍTULO

BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO DF- ATUALIDADE

O Distrito Federal é composto por Regiões Administrativas e superintendências de saúde. Atualmente, existem um total de sete superintendências que se dividem desta forma:

- Centro-Norte: Asa Norte, Cruzeiro, Lago Norte, Varjão e rodoviária do Plano Piloto.
- Centro-Sul: Asa Sul, Guará, Núcleo Bandeirante, Lago Sul, Candangolândia, Riacho Fundo I e II e Park Way.
- Oeste: Brazlândia e Ceilândia (incluindo Sol Nascente).
- Sul: Gama e Santa Maria.
- Sudoeste: Taguatinga, Samambaia e Recanto das Emas.
- Norte: Sobradinho e Planaltina (incluindo Estância Mestre D'Armas e Arapoanga).
- Leste: Paranoá e São Sebastião.

Essa forma de organização foi definida para alcançar níveis de integralidade da assistência e para ampliar o acesso da população aos serviços de saúde OLIVEIRA (2012).

Segundo GOTTEMS (2016), o modelo de saúde predominante no SUS- DF, é o modelo baseado na atenção hospitalar, “orientado ao urgente, e à média e à alta complexidade; a atenção à saúde segmentada e com fragilidades na coordenação, orientada às atividades e não aos resultados”. (Pg. 294).

Segundo a autora, a atenção primária à saúde no DF está estruturada na co-existência do modelo tradicional e do modelo de Estratégia Saúde da Família (2009), sendo que o primeiro modelo organizativo (tradicional), conta com a oferta de serviços por meio de especialidades médicas básicas e ações programáticas. Para GOTTEMS, os diferentes pontos de atenção são desarticulados, e marcados por dificuldades de intercâmbio de recursos, informações e responsabilidades pela atenção integral à saúde das suas populações. Além disso, “a organização dos serviços de saúde e sua criação no território não são frutos do planejamento a partir das necessidades dos cidadãos”. (2016, pg. 293).

Além das dificuldades trazidas pela falta de articulação do modelo tradicional com a ESF, segundo Göttems, a consolidação da ESF nos centros urbanos, sobretudo aqueles com mais de 500 mil habitantes, é complexa.

“Observam-se aspectos multifatoriais, como elevada complexidade epidemiológica, adensamento populacional, processo de urbanização desorganizado, desigualdades sociais e déficit em saneamento que dificultam a implantação da Estratégia Saúde da Família nesses locais”. GOTTEMS 2009 (PG 03).

A incidência destes aspectos multifatoriais, além de outros mais, nas ESFs e no processo de trabalho dos NASFs, poderá ser observada na análise que desenvolvo no próximo tópico desse capítulo. Para isso, utilizarei dados do questionário online e das entrevistas realizadas, como explicitado no percurso metodológico. Organizo o próximo tópico em quatro partes. A primeira delas trata da Identificação e Caracterização dos sujeitos de pesquisa, bem como do perfil destes profissionais com intuito de ampliar as possibilidades de análise. O segundo tópico: Trabalho Profissional, traz dados que abrangem as principais ações desenvolvidas, incluindo o atendimento direto aos usuários, atividades de grupo, instrumentais técnico – operativo a organização das atividades específicas (atribuições) e não específicas (competências) no exercício profissional do assistente social. Na terceira parte, aborda-se as condições de trabalho, de modo a avaliar o espaço físico, as relações e as dificuldades presente para o desenvolvimento das atividades no âmbito institucional. A última parte busca identificar a relação das profissionais com as entidades da categoria, movimentos sociais e espaços de participação social.

ANÁLISE

3.1) IDENTIFICAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO

Responderam o questionário online cinco assistentes sociais dos NASFs de Sobradinho II, Itapoã, Recanto das Emas, Samambaia e Brazlândia. Já na segunda etapa, entrevista semiestruturada, foram realizadas com profissionais de dois Nasfs, ambos respondentes do questionário e que se dispuseram a realizar a entrevista. A análise deste trabalho será desenvolvida com base tanto nos dados oferecidos pelos questionários online, como pelos dados advindos das entrevistas, uma vez que se trata de uma pesquisa quanti-qualitativa.

QUADRO 1. IDENTIFICAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA

GÊNERO	MULHER	MULHER	MULHER	MULHER	MULHER
IDADE	31	56	37	33	45
RELIGIÃO	UMBANDA	ESPÍRITA	EVANGÉLICA	EVANGÉLICA	CRISTÃ
RENDA (MÉDIA EM SM)	7 A 10	17 A 19	7 A 10	7 A 10	11 A 13
NÍVEL DE FORMAÇÃO	ESPECIALIZAÇÃO	ESPECIALIZAÇÃO	ESPECIALIZAÇÃO	GRADUAÇÃO	GRADUAÇÃO
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO	SAÚDE DA FAMÍLIA	SAÚDE MENTAL	SAÚDE DA FAMÍLIA	-	-
TEMPO DE ATUAÇÃO NA SAÚDE	6 A 7 ANOS	MAIS DE 10 ANOS	6 A 7 ANOS	4 A 5 ANOS	16 A 20 ANOS
TEMPO DE ATUAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA	6 A 7 ANOS	8 A 10 ANOS	ATÉ 01 ANO	4 A 5 ANOS	2 A 3 ANOS
LOCAL DE TRABALHO	NASF	NASF	NASF	NASF	NASF
CARGA HORÁRIA SEMANAL	40 H	40 H	40 H	40 H	40 H
VINCULO	ESTATUTÁRIO	ESTATUTÁRIO	ESTATUTÁRIO	ESTATUTÁRIO	ESTATUTÁRIO

O quadro nos mostra que todas as assistentes sociais dos NASFs DF são mulheres. Esse dado pode ser analisado segundo a formação histórica da profissão que é marcada pela feminização. Segundo Mirla Cisne, tanto o corpo discente quanto o corpo docente de Serviço Social, desde as primeiras escolas, são marcados pela predominância de mulheres, e isso se deve:

“Ao processo histórico-cultural de construção de práticas, saberes e valores em relação ao feminino, por meio de uma concepção diferenciada sobre os sexos, a qual dita, modela e institui o que é feminino”. CISNE (2009, pg. 44)

Portanto, o feminino esteve associado ao cuidado, ao acolhimento e, além disso, essa marca do cuidado feminino esteve atrelada aos interesses da classe dominante que modelaram a inserção das assistentes sociais no mercado de trabalho. CISNE (2009).

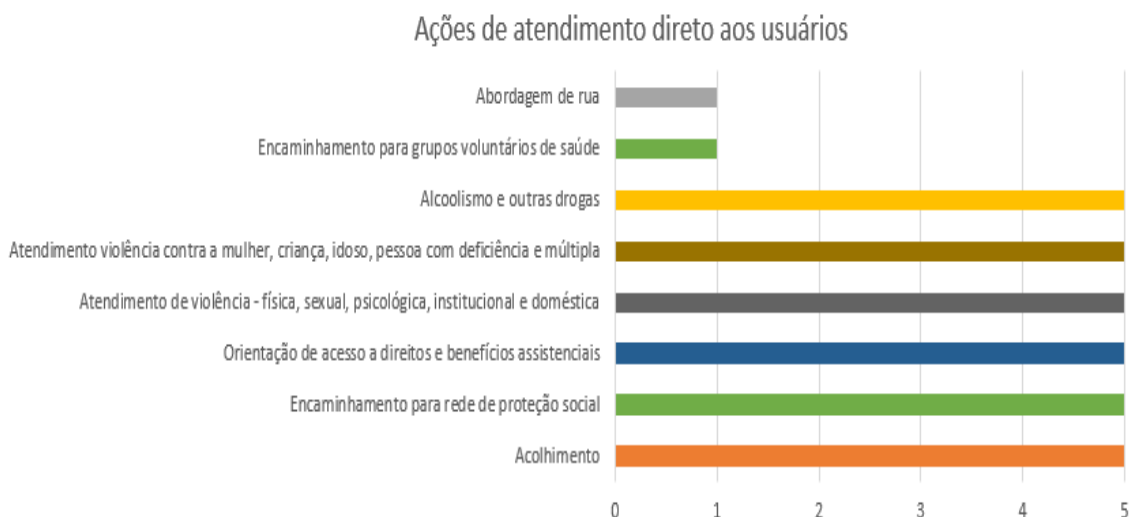
Das cinco que responderam o questionário online, três possuem especialização, sendo uma na área de Saúde Mental, e outras duas em Saúde da Família. As profissionais com especialização em saúde da família, foram as participantes das entrevistas, sendo que uma delas cursou a especialização no ano de 2007 pela UNASUS-UnB, e a outra especializou-se pela FEPECS (Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde), em 2012.

3.2 TRABALHO PROFISSIONAL

Os dados seguintes se referem ao trabalho profissional, o gráfico mostra as principais ações e atividades desenvolvidas: (GRÁFICO 01)



O próximo quadro refere-se às principais ações socioassistenciais desenvolvidas diretamente com os usuários: (GRÁFICO 02)



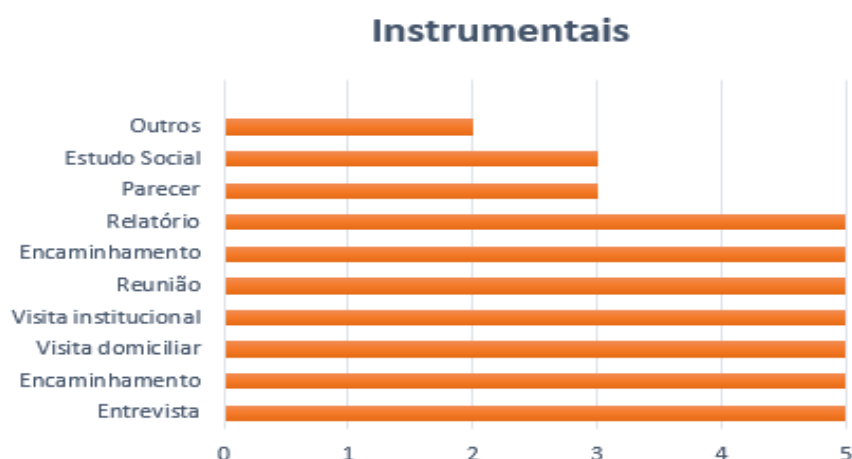
Mesmo com todas essas ações desenvolvidas, uma de nossas entrevistadas nos acrescentou que as ações de atendimento direto aos usuários não são o ponto central dos NASFs:

“a gente faz atendimento, só que a gente não é referência, a gente tem reuniões mensais com todas as equipes e aí o ideal é por meio dessas reuniões a gente discutir outros casos e faça além dos encaminhamentos, matriciamento, que é essa

a ideia, empoderar as equipes pra eles conseguirem lidar com demandas parecidas que vão surgindo, de acordo com cada conhecimento que a gente tem enquanto profissionais de especialidades específicas. Mas também existem demandas espontâneas porque não tem como não ter, as pessoas as vezes batem na porta e tal, mas se é de equipe a gente normalmente, procura saber qual é o agente comunitário pra passar pra equipe que veio uma pessoa direto, porque o nosso acompanhamento não é só nosso, a gente tem que tá articulado., As equipes é que são as referências das famílias, a gente não é referência, a gente não é porta de entrada, é de apoio matricial, mas existe atendimento individual, existe demanda espontânea, existe visita, todas essas coisas assim, que os profissionais fazem, a diferença é que a gente tenta fazer isso sempre junto com as equipes, eles sabendo e tal, é tudo discutido, em conjunto, pra qualificar né, não ficar só atendimentos pontuais, sem interlocução de nada né. (Entr. 01).

O trabalho interdisciplinar é central, as assistentes sociais dos NASFs desenvolvem majoritariamente ações em equipe, com foco no matriciamento das equipes, mais adiante elucidado este ponto do trabalho profissional.

Os principais instrumentais técnico-operativos utilizados na atuação profissional são: (GRÁFICO 03)



No momento das entrevistas obtivemos mais informações sobre instrumentos:

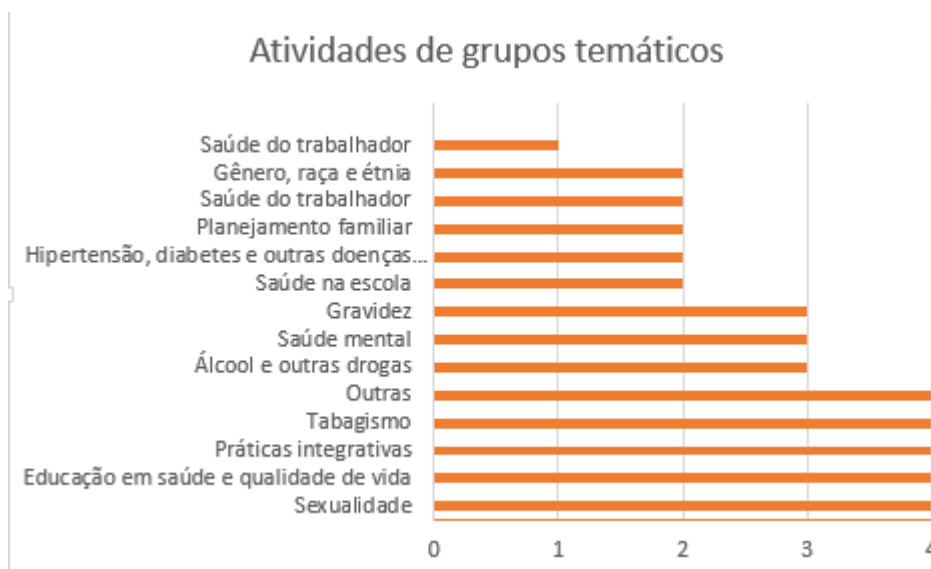
“Faço muito relatório né pra outros serviços, outras instituições pra CRAS, pra Conselho Tutelar muito, pra acessar algum serviço, pra INSS, relatório social faço muito, pra própria secretaria também, tem muita demanda aqui de fralda, que a secretaria dá, eu com a nutricionista tem um relatório específico que a gente faz pra acessar alimentação pela secretaria, tem as nossas atas que são os nossos maiores instrumentos de trabalho que é onde a gente registra as nossas discussões de matriciamento com as equipes”. Entr. 01.

“A gente usa muita visita, institucional e domiciliar, a gente faz a entrevista social, é mais visita mesmo, em alguns casos vou diretamente no CRAS, Conselho Tutelar”. Entr. 02.

Os instrumentais são utilizados em conjunto com as equipes e em atendimento direto aos usuários, as profissionais utilizam esses instrumentais

também em consonância com outras instituições e pontos da rede social, logo o trabalho intersetorial está presente.

Sobre as atividades desenvolvidas com grupos temáticos, obtivemos pelo questionário o seguinte: (GRÁFICO 04)



O gráfico demonstra que nenhum dos grupos pré-estabelecidos tem atividades desenvolvidas por todas as assistentes sociais. Das cinco, quatro desenvolvem atividades com grupo acerca de sexualidade, tabagismo, práticas integrativas, etc, três fazem atividades com grupo sobre saúde mental, álcool e outras drogas e assim por diante. As práticas integrativas têm bastante adesão das profissionais. Quatro das cinco desenvolvem atividades com essa temática. No momento da entrevista perguntamos como se davam essas atividades:

“As práticas integrativas também fazem parte da atenção primária né, Reiki, Yoga, acupuntura, eu sou terapeuta reikiana aqui. Acho que as práticas são o lugar que eles mais têm voz, e dali surgem muitas coisas importantes”. Entr. 01.

“Aqui tem muito grupo, tem grupo de cuidando da mente, que eu até participava, não era uma terapia, porque a nossa psicóloga passou algumas ferramentas pra fazermos uma terapia, só que pra se falar que é um terapeuta tem que fazer uma especialização, dentro dessa área né, por isso que tô querendo fazer esse curso de terapia familiar, porque eu gostei, aí nesse grupo tem espaço para as pessoas abrirem suas angústias, vai lá e fala e chora, então temos uma interação maior com os usuários mesmo”. Entr. 02.

As entrevistadas afirmam que no momento das práticas conseguem sentir um retorno imediato do trabalho realizado, e que é difícil sentir esse retorno positivo no cotidiano profissional, por conta do grande número de demandas inviabilizadas. Os

cortes de gastos com a saúde e precarização tornam o cotidiano cada vez mais frustrante, então o relato das assistentes sociais explicitam nas práticas integrativas um retorno imediato, uma vez que preenchem de alguma forma o lugar vazio das demandas e resolutividades frustradas, diante da falta de condições objetivas para a realização do trabalho.

As práticas integrativas são parte formal do SUS, em 2006 foi instituída a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC), Cadernos de Atenção Básica (2010):

“Tais sistemas e recursos envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. Outros pontos compartilhados pelas diversas abordagens compreendidas nesse campo são: a visão ampliada do processo saúde–doença e a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado”. (pg.116).

De acordo com a proposta do Cadernos do NASF (2009) para as práticas integrativas, as equipes dos NASFs devem atuar em parceria com os profissionais das equipes de Saúde da Família, compartilhando as práticas em saúde com todos os níveis de atenção pra promover a integralidade na Estratégia. O documento elenca alguns pontos de orientação para desenvolver as práticas, dentre eles destaco os seguintes:

“As equipes devem realizar mapeamento dos saberes populares existentes nos territórios, com a participação de todos os sujeitos envolvidos;
- Identificar profissionais e/ou membros da comunidade com potencial para o desenvolvimento do trabalho educativo em Práticas Integrativas e Complementares, em conjunto com as ESF;
- Realizar atividades clínicas pertinentes a sua responsabilidade profissional”. (2009, pg. 121).

O documento não explicita de forma clara quem seriam os responsáveis por administrar e desenvolver as práticas integrativas, esse é um ponto nebuloso, porque identificar profissionais ou membros da comunidade com potencial para esse desenvolvimento pode abranger profissionais de qualquer formação e que no entanto, tenham potencial para as práticas.

Segundo publicação do CFESS (2007/2008) sobre as práticas terapêuticas e o Serviço Social, os profissionais que tem adesão a essas atividades alegam a existência de um rombo entre o exercício profissional do Serviço Social e o trato das subjetividades dos usuários, acredito que isso se soma à questão da demanda frustrada e acaba direcionando as assistentes sociais a buscar as práticas. De acordo com o CFESS, é necessário compreender:

“Em que medida essas práticas terapêuticas se compatibilizam com as competências e atribuições privativas do assistente social, e de que forma consolidam, no exercício profissional, o projeto ético-político que representa, hegemonicamente, o processo de ruptura com o conservadorismo na profissão”. (2007/2008, pg. 08).

Sem dúvidas as práticas integrativas corroboram para a integralidade e reforçam a concepção ampliada de saúde, fortalecem a admissão da determinação social, já que abrangem esferas da subjetividade, da espiritualidade e outras dimensões da vida que assim como todas as outras, precisam ser cuidadas. Além disso ao incorporar elementos da medicina tradicional oriental, como acupuntura, massagem, dietoterapia chinesa, fitoterapia chinesa, práticas corporais, entre outras, descentraliza, em certa medida, o modelo hegemônico de cuidado pautado pelo modelo ocidental.

A questão primordial, a meu ver, é que o Ministério da Saúde e órgãos responsáveis, organizem de maneira objetiva qual é o lugar das práticas e quem serão os profissionais específicos designados a tais práticas. Reitero a colocação do CFESS sobre a necessidade de pensarmos se a inserção do serviço social nas práticas fortalecem a ruptura com o conservadorismo ou nos regressa àquele lugar das protoformas.

Ademais, o trabalho do assistente social com as práticas integrativas modifica o imaginário social em relação à profissão e desconsidera as competências e atribuições dos/as assistentes sociais, conforme estabelecido nas normativas da profissão. Martinelli aborda esse aspecto quando fala sobre a identidade profissional, e sobre a identidade profissional atribuída. A identidade atribuída decorre de circuitos externos a profissão, não opera com a totalidade do processo social, gera identidade dada como visualizada, como pré estabelecida, e é uma identidade distanciada do processo histórico e esvaziada de substancialidade política. Assim, segundo Martinelli, pode produzir subalternidade e opacidade em relação a

identidade profissional, como ausência do reconhecimento profissional e social, ausência da visibilidade da identidade profissional, indeterminação quanto à posição da profissão na divisão social do trabalho, práticas restritas, de pequeno alcance, fragmentadas, residuais e dissociadas da prática social. MARTINELLI (2013).

Sobre as ações de mobilização e participação social com usuários/as: (GRÁFICO 05)



“a gente faz articulação intersectorial, também é uma característica dos NASFS né, e de atenção primária, tem que articular com a comunidade né, com o que existe aqui, tanto no nível privado, como governamental, de liderança comunitária, a gente tem que saber, a gente já atua diretamente com eles. Então fazemos muita articulação e eu mais né, por que já faz parte do serviço social, e isso de articular e mobilização social dentro da atenção primária e do NASF então é bastante, eu estou sempre fora fazendo as coisas com CRAS, com ONG, rede social aqui tem uma rede social bastante interessante.... que se reúnem uma vez no mês que tem gente de várias instituições, e ainda tem a galera da comunidade, liderança comunitária, administração etc”. Entr. 01.

A segunda entrevistada relatou que não promove nem participa de atividades de mobilização e participação social, pois não sobra tempo dentro do cotidiano de trabalho, que é sobrecarregado. O NASF em que atua presta apoio para vinte e duas equipes de saúde da família, então por isso, segundo a profissional é praticamente inviável, além disso ela é preceptora de residentes.

Perguntamos através do questionário e das entrevistas se as assistentes sociais desenvolvem atividades específicas e não específicas, ou somente específicas e como isso se dava nesse campo que desenvolve basicamente ações em equipe:

“Tem coisa específica, tipo, o pessoal (das ESFs), tem muita dúvida de benefício de acesso aos serviços sócio assistenciais, de previdência, a gente faz esse matriciamento, às vezes a gente faz tipo uma aulinha pra explicar as coisas. Violência, outra demanda que surge pra caramba, tanto de acolhimento, quanto de pra onde recorrer, quais os serviços que tem né, da rede de apoio aqui e fora daqui, e de como abordar, a equipe tem sempre muita dificuldade nesses casos né, muito de política de visão crítica né, que é o que a gente estuda mais. Eu problematizo o tempo inteiro no trabalho porque, cara, em reunião de equipe o tempo todo, sempre tem aquelas mesmas coisas de senso comum, “ahh bandido bom é bandido morto”, “usuário de drogas é vagabundo”. Tem que entrar com umas conversas, sobre questões políticas mesmo de Estado, como que funciona, como é reunião vai surgindo, essa questão mesmo de mulher apanha porque gosta, é o dia todo, é cansativo, eu passo o dia inteiro problematizando no trabalho.” Entr. 01.

“Quando eles querem montar grupos que tem hipertensos e idosos por exemplo, diabéticos e tal, e se for uma maioria que são idosos ou já estão perto de aposentar eles têm muita dúvida a respeito de aposentadoria e de benefício, aí é uma coisa que entra específico do serviço social, aí a gente vai lá na recepção enquanto eles estão aguardando, e faz um breve esclarecimento, entendeu? De algumas dúvidas que eles tenham, né? Por exemplo, como a gente atende muito aqui na área rural, é uma área com bastante chácaras, tem fábrica de cimento ali, é uma área muito difícil e muito vulnerável, e lá tem muito trabalhador rural, então eles não sabem de alguns benefícios, que talvez eles deixam de contribuir agora pra previdência ou de guardar recibos essas coisas, aí a gente ta sugerindo de montar um grupo lá, aí os ACS (Agentes Comunitários de Saúde) convidam esses chacareiros né pra que a gente possa fazer alguns esclarecimentos pra que eles possam tentar contribuir a partir de agora,.Então a gente ta tentando criar esse grupo, coisas que são específicas do serviço social. Entr.02.

Caracterização das atividades desenvolvidas pelas assistentes sociais junta a equipe de saúde: (GRÁFICO 06)



Quatro desenvolvem atividades específicas e não específicas e uma desenvolve somente atividades específicas. Sobre as ações não específicas, as profissionais nos dizem o seguinte:

“Sou requisitada pra outras ações também, (além das específicas) mas todos nós fazemos isso, a concepção de saúde da família é justamente isso, todo mundo é agente de saúde, então todo mundo acaba saindo da sua caixinha, fazendo outras

coisas. Surgem demandas, aqui é muito complexo as demandas, você tem que estar preparado pra lidar, é por isso que o matriciamento vem pra isso. Mas claro que você não entra no do outro, o máximo que posso dar é uma orientação, mas a gente pelo menos consegue essa visão mais ampla... O nosso NASF aqui especificamente, tá composto por mim que sou assistente social, tem a xxxxxx que é fonoaudióloga, tem um pediatra, tem dois nutricionistas, e tinha uma T.O. que agora foi pra gerência. Vai mudando de acordo com as especialidades de cada NASF, cada um vai ter um jeito, mas existem várias especialidades que podem estar, psicólogo, psiquiatra, a gente tinha homeopata também uma época, fisioterapeuta, até educador físico". (Entr.01).

"A minha equipe que é fisioterapeuta, nutricionista, médico homeopata e uma psicóloga, a gente vai pegando uma coisinha aqui outra ali, por exemplo eu vou numa visita agora, aí eu vejo alguma coisa que é da Nutrição, se eu souber orientar eu vou orientar, porque não? Eu não sou nutricionista mas as vezes é uma coisa básica, agora, se eu ver, não realmente isso aqui eu não consigo, precisa de cálculo entendeu? Aí não, aí eu falo pra nutricionista, agora é sua vez, acho que você podia fazer essa visita lá também, as vezes é um paciente acamado, que a família não tá conseguindo dar alimentação pra ele direito, quando é muito específico aí já passa pra aquele profissional mesmo, aí tenta marcar um atendimento algo assim". Entr.02.

A análise sobre atividades específicas ou não no NASF exige um pouco mais de atenção. O trabalho em equipe é o ponto central desse locus, as entrevistas trouxeram dados importantes sobre a questão do trabalho interdisciplinar, e do matriciamento das equipes:

"A gente tem reuniões mensais com todas as equipes e aí o ideal é por meio dessas reuniões a gente discutir outros casos e faça além dos encaminhamentos, matriciamento, que é essa ideia de empoderar as equipes pra eles conseguirem lidar com demandas parecidas que vão surgindo, de acordo com cada conhecimento que a gente tem enquanto profissionais de especialidades específicas". Entr.01.

"Então é apoio institucional, educação permanente, às vezes você discute o caso com o paciente junto, ou com a equipe de matriciamento, pega todas as equipes da ESF todo mundo participa do caso, a gente faz a discussão daquele caso e resolve, " não é melhor a gente ir por esse caminho, ou então não, melhor ir por outro caminho", entendeu? A gente discute os casos dentro das reuniões de matriciamento. Quando o paciente chega e fala: "ah eu preciso da nutricionista", ou da fisioterapeuta, a gente tenta empoderar a equipe, " oh as vezes é um exerciciozinho que você mesmo consegue passar pro paciente, olha é assim", a gente vai e orienta, "ah negócio do passe livre", a gente orienta, vai nesse lugar aqui tal e tal, por que da próxima vez eles (ESFs), nem vão a acionar a gente por causa disso, então a gente tenta empoderar a equipe em alguns conhecimentos básicos mesmo nosso entendeu? Quando foge da área realmente que é uma coisa que você precisa mais especificar, a gente tenta marcar um atendimento". Entr.02.

O apoio matricial e as equipes de referência são "ao mesmo tempo, arranjos organizacionais e uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde" CAMPOS

E DOMITTI (2006, pg. 1548), que tem por objetivo ampliar as possibilidades de integração das especialidades e profissões. A composição das equipes de referência e a criação de especialidades em apoio matricial buscam criar possibilidades para “operar-se com uma ampliação do trabalho clínico e do sanitário, já que se considera que nenhum especialista, de modo isolado, poderá assegurar uma abordagem integral”. CAMPOS E DOMITTI (2006, pg. 1548).

O Serviço Social que compõe os NASFs está inserido nessa lógica de organização do trabalho, que é interdisciplinar, para CAMPOS E DOMITTI, as equipes de referência, e também os NASFs, são um “rearranjo organizacional” que busca deslocar o poder das profissões e corporações de especialistas, reforçando o poder de gestão da equipe interdisciplinar. Se trata de aumentar o grau de responsabilização das equipes pelos usuários, para conseguir alcançar o nível da integralidade da atenção, para isso, é essencial que, “O papel de cada instância, de cada profissional, fique bem claro”. CAMPOS E DOMITTI (2006, Pg. 1550), mesmo que o trabalho seja interdisciplinar.

Vale ressaltar, que as duas assistentes sociais entrevistadas trabalham em centros de saúde que prestam serviço exclusivamente através das equipes de referência, não são, portanto, Centros de Saúde tradicionais. Percebi nas duas entrevistas que existe um esforço grande dos próprios profissionais das equipes em entenderem esse modelo de atenção, pautado pelas equipes de referência e os usuários sob sua responsabilidade, que exige o cuidado, permanente, longitudinal, integral. Segundo CAMPOS E DOMITTI (2006), esse modelo “pressupõe certo grau de reforma ou de transformação do modo como se organizam e funcionam serviços e sistemas de saúde. Isso indica a existência de dificuldades e obstáculos para a reorganização do trabalho em saúde a partir dessas diretrizes”. (Pg. 1548). Nesse ponto é possível observar o que GOTTEMS afirmou sobre a coexistência do modelo tradicional e do modelo de saúde da família, o que dificulta o progresso da atenção primária no Distrito Federal. Ainda sobre o matriciamento:

“As reuniões de matriciamento, é a parte que mais trabalhamos em equipe, por exemplo, a gente tem reunião do matriciamento amanhã do minichácaras, aí a gente vai lá na equipe, aí tá lá o ACS, médico, enfermeiro, “ah vamos falar de três pacientes, ah o primeiro caso, o paciente é assim, assim,

assado, e eu acho que tô precisando do serviço social, ah tô precisando de nutrição, fisioterapeuta”, tem paciente que realmente precisa de um olhar mais específico integral, mas ele nunca precisa só da profissão, por exemplo, as vezes, por que ele ta comendo compulsoriamente? Às vezes é um problema psicológico, uma coisa puxa a outra, então tem que avaliar como um todo, muitas equipes já têm esse entendimento”. Entr.02.

É possível inferir, com base nos trechos das entrevistas, que o desenvolvimento do trabalho em equipe das assistentes sociais entrevistadas corrobora com CAMPOS E DOMITTI (2006) quando os autores elencam três formas de desenvolver o apoio matricial, que seriam:

- a) atendimentos e intervenções conjuntas entre o especialista matricial e alguns profissionais da equipe de referência;
- b) em situações que exijam atenção específica ao núcleo de saber do apoiador, este pode programar para si mesmo uma série de atendimentos ou de intervenções especializadas, mantendo contato com a equipe de referência, que não se descomprometeria com o caso, ao contrário, procuraria redefinir um padrão de seguimento complementar e compatível ao cuidado oferecido pelo apoiador diretamente ao paciente, ou à família ou à comunidade;
- c) é possível ainda que o apoio restrinja-se à troca de conhecimento e de orientações entre equipe e apoiador; diálogo sobre alterações na avaliação do caso e mesmo reorientação de condutas antes adotadas, permanecendo, contudo, o caso sob cuidado da equipe de referência.

Neste ponto da análise, observo que o trabalho interdisciplinar vem sendo realizado. Sobre a interdisciplinariedade, o Caderno da Atenção Básica 27-Diretrizes do NASF, traz o seguinte:

“A organização dos processos de trabalho dos Nasf, tendo sempre como foco o território sob sua responsabilidade, deve ser estruturada priorizando o atendimento compartilhado e interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, gerando experiência para todos os profissionais envolvidos, mediante amplas metodologias, tais como estudo e discussão de casos e situações, projetos terapêuticos, orientações e atendimento conjunto etc. Cadernos de Atenção Básica 27, (2009, pg. 7/8).

De acordo com Fabiana Aparecida de Carvalho (2012), para realizar o trabalho interdisciplinar é fundamental entender que nenhuma profissão se encontra isolada de outras profissões, e além disso, é preciso ter plena consciência de que para interagir bem com os demais profissionais, é sempre necessário saber definir e ser competente em seu próprio campo. E, além disso, segundo a autora, só podemos oferecer aquilo que de fato temos propriedade, ou seja, o conhecimento e domínio das possibilidades e limites da própria profissão são indispensáveis para que haja interação com as demais profissões. Especificamente se tratando do

Serviço Social, entendo que seja importante conhecer o projeto ético político, o Código de Ética profissional, os princípios do SUS, os objetivos da atenção primária e do NASF, ter conhecimento a respeito das ações do Serviço Social previstas para o NASF, e também conhecimento sobre a importância da articulação dos eixos elencados pelo Conselho Federal de Serviço Social para a saúde (atendimento direto aos usuários, mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional).

Importa ressaltar que esse modelo de atenção à saúde está em conformidade com os princípios de uma reforma no modo de pensar e fazer saúde, com intuito de alcançar a integralidade da atenção, além da participação e tantos outros princípios do SUS constitucional. Para finalizar essa parte, trago uma citação de CAMPOS E DOMITTI (2006), que expressa bem o quão inovador pode ser o modelo das equipes de referência e os seus respectivos núcleos de apoio, sem desconsiderar, é claro, as incontáveis dificuldades encontradas tanto no próprio interior das equipes, pela dinâmica do trabalho, como também as inúmeras dificuldades conjunturais, relativas aos projetos em disputa:

“Que potência teria a reestruturação das organizações de saúde segundo equipes interdisciplinares apoiadas por especialistas matriciais? Há evidências teóricas de que contribuiria bastante para melhor definir os padrões de responsabilidade sanitária, permitindo com isso o estabelecimento de programas com coeficiente de vínculo entre profissionais e usuários mais humanos e eficazes, além de criar espaço onde uma integração interdisciplinar seja possível, ainda que não automática ou de simples execução”. (pg. 1551).

3.3 QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL

Neste tópico será explanado a existência ou não de qualificação profissional, e como vem sendo desenvolvida.

Pelo questionário obtivemos que as cinco participam de palestras, oficinas e cursos promovidos pela categoria ou áreas afins. Destas, quatro participam também de congressos e simpósios, e três participam de fóruns de supervisão de estágio. Segundo entrevistas:

“Sim, sempre, curso que a própria gerencia dá, ou externos que eu fico sabendo da UnB, e áreas afins também, congresso fora, já fui em congresso em Cuba, foi maravilhoso”. Entr. 01.

“Os cursos oferecidos pela própria secretaria de saúde, tem muita coisa, só não se atualiza quem não quer, dá pra fazer dentro do próprio horário de trabalho”. Entr. 02.

Pelo questionário perguntamos se havia política de formação continuada oferecida pelo local onde trabalham, duas responderam que sim, e três responderam não haver. Nas entrevistas, perguntamos se havia incentivo por parte da instituição para a qualificação das profissionais:

“Não é bem um estímulo, mas se a gente descobre que tem, eles são tranquilos, eles entendem, mas eles não têm condições de mostrar o que tem pra gente o tempo todo, a gerencia que faz mais isso, ela mostra pra gente”. Entr. 01.

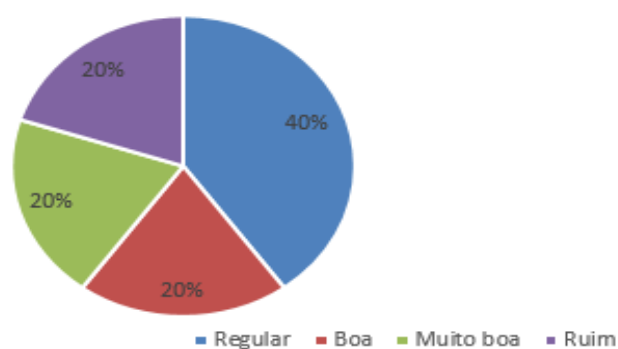
“Sim, bastante, vindo pela gerencia”. Entr. 01

Aqui é importante destacar o papel fundamental da Gerência de Serviço Social do DF, as entrevistadas teceram muitos elogios à gerência, principalmente nesse ponto do cuidado com a qualificação.

3.4 CONDIÇÕES DE TRABALHO

Sobre a avaliação do espaço físico disponibilizado para o Serviço Social na instituição: (GRÁFICO 07)

Avaliação sobre o Espaço Físico



“Agora pega, porque, você viu o tamanho da sala? Somos 8 dentro daquela salinha, e aí quando vamos fazer atendimento individual e tal é uma batalha pra conseguir consultório vazio, tipo a gente tem que ver quem é que tá de folga hoje, aí pra fazer atendimento específico é difícil, mas a gente da conta, tem que ser muito criativo pra trabalhar na saúde, entendeu. Entr.01.

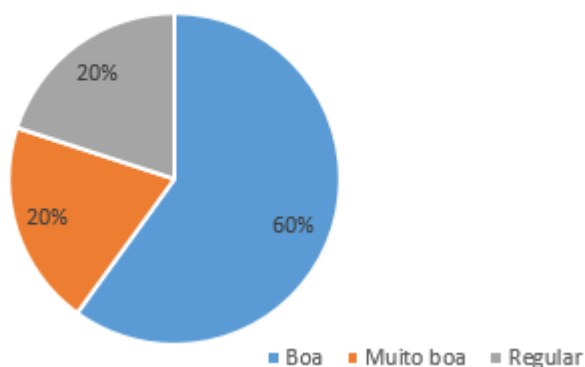
“Aqui é bom, tá vendo? Arrumadinho né? Só que como aqui somos uma equipe, se você vai atender um usuário e aqui tem gente, você tem que procurar uma sala que

esteja vazia, para fazer uma conversa mais reservada, aí nesse ponto aqui às vezes não tem sala, aí tem que ir pro escovódromo. As vezes falta sala, mas aqui é bom, cada um tem seu computador e tal". Entr.02

A avaliação sobre o espaço físico no questionário foi diversa, duas avaliaram como regular e as outras três avaliaram cada uma como boa, muito boa, e ruim. As entrevistas também trouxeram posições antagônicas e similares ao mesmo tempo, uma delas avalia o espaço da equipe como bom, a outra diz que é apertado, no entanto as duas reclamam da falta de sala para atendimento individual. Tal questão sugere que ainda falta condições adequadas para o funcionamento dos NASFs, uma vez que não preconiza salas destinadas ao atendimento individual, que é previsto nas ações dos profissionais do núcleo. O sigilo profissional é um direito do assistente social e do usuário previsto no Código de Ética profissional. De acordo com Barroco e Terra, o sigilo profissional “ não envolve apenas o que é confiado ao profissional pelo usuário; é parte da ética profissional a preservação do usuário de todas as informações que lhe digam respeito”. (2012, pg.91).

Avaliação sobre a instituição: (GRÁFICO 08)

Avaliação acerca da instituição



Pelas entrevistas, obtivemos o seguinte:

“Falta papel, agora esse ano tá demais, do ano passado pra esse ano tá caindo aos pedaços, acredito que seja muito de propósito, mas coisas básicas, tonner, luva, lençol, telefone tá cortado há um mês, ele cortou tudo, tudo o Rollemberg, eu to a 6 anos eu nunca vi uma situação como essa, de passar um mês sem telefone, a gente não tem carro da instituição, a gente faz visita normalmente a pé porque é perto a área, mas quando é pra fazer coisa intersetorial ou mais longe é no carro próprio mesmo. A gestão é ótima, mas a gente sofre muito, trabalhador da saúde não tem como não sofrer, porque principalmente agora, de uns dois anos pra cá as coisas tem quebrado, quebradíssimo”. Entr. 01.

“A gente fica meio frustrado em algumas coisas, como por exemplo falta de material, queremos comprar um quadro agora, desses pra escrever, falta a parte de

suprimento, não tem esse apoio da secretaria em algumas coisas, essa coisa do carro mesmo, pega muito, porque se acontece alguma coisa com a gente no meio da rua, a secretaria não quer saber se o carro estragou se você foi baleada lá fazendo a visita, então também não tem segurança nesse sentido, mas em geral eu gosto de trabalhar aqui, a gestão te dá liberdade pra você se expressar, pra tentar fazer um trabalho do se jeito, entendeu?”. Entr. 02.

As duas entrevistadas falaram sobre o nível de precariedade que as instituições se encontram. Avaliam que as condições pioraram nos últimos dois anos, fizeram críticas ao governo do DF e à Secretaria de Estado da Saúde – DF. Por outro lado, avaliam bem a gerência das instituições, porque estas compreendem que o trabalho é dinâmico, muitas vezes elas precisam sair da instituição pra fazer visita, pra fazer o trabalho intersetorial, e as gerências compreendem isso porque têm afinidade com o modelo de atenção das ESFs e dos NASFs. Nesse direção, ambas expressaram preocupação quanto a adesão a gestão dos serviços de saúde pública por Organizações Sociais, por receio de que essa modelagem de gestão não apresente compreensão da proposta de trabalho na APS, e a perspectiva da ESF e NASF, além de incorporar estratégias de gestão do setor privado, como a produtividade sem considerar as características do serviço, aspectos não acontece atualmente:

Aqui tem ponto, tem horário, essas coisas todo trabalho tem, mas é o básico, mas fora isso, essas coisas que tem por exemplo em OS (Organização Social) que você tem que atender 20 pessoas não tem aqui porque aqui é NASF, é outra coisa. Eu tenho medo quando as OSs chegarem com essa ideia empresarial de atendimento aí então já era, já era.

Aqui não cobram meta, a gente faz nossa produção, aqui no Track Care, numa planilha do Excel, pra gente mostrar as vezes pra DIRAPS (Diretoria Regional de Atenção Primária à Saúde), às vezes só pra mostrar, não que eles estejam cobrando a gente não, mas se uma hora cobrarem a gente tem que ter o que mostrar.

A Entrevistada 02 está inserida em um NASF que presta apoio pra vinte e uma equipes, enquanto o preconizado pela regulamentação do NASF pra o porte deles são nove equipes:

A gente dá apoio a 21 equipes, a gente tá tentando reduzir pra 9, porque o que é preconizado pelo Nasf são 9 equipes, a gente tá com 21, então não é nem NASF, é apoio matricial, só tem eu de assistente social na atenção primária aquientão que que acontece, a gente tá tentando cadastrar no Ministério da Saúde né, pra gente virar NASF mesmo, que aí a gente vai deixar de apoiar 21 equipes e vai apoiar só 9,

pra gente poder fazer um trabalho melhor, porque acaba que a nossa vida fica tumultuada, por conta disso, quando o pessoal da residência veio a gente teve que dividir, passou umas equipes pra eles, então eles tomaram conta de algumas equipes também". Entr. 02.

O NASF da Entrevistada 01 trabalha com o número preconizado:

Aqui no xxxx a gente presta pra 6 equipes aqui nesse centro de saúde, e no postinho ali de cima tem mais duas, também tem o postinho do xxxxx que tem uma equipe de saúde da família, a gente presta apoio pra eles lá também. Aqui a gente atua com 9 equipes no total, que na portaria é o máximo de equipes que o NASF como o nosso pode apoiar. Entr.01.

A respeito do cotidiano profissional, as assistentes sociais responderam o seguinte: (QUADRO 02)

DESGASTANTE	2
PRAZEROSO	2
OUTRO	1

Perguntamos para as entrevistadas se já haviam desencadeado adoecimento por conta do trabalho, e se já se afastaram por isso:

"Todo mundo da saúde já passou por isso, é todo mundo adoecido, é muito difícil porque você se sente impotente na frente da maior parte das demandas, então você trabalha com sofrimento humano "24 por 24" e muitas das vezes você não tem o que fazer, às vezes não existe um serviço ou às vezes você não consegue o acesso a um serviço que ia ajudar. Aqui não tem creche por exemplo, creche publica no DF é irrisório, então tem milhões de casos de negligência assim, porque não tem o que fazer, você fica de mãos atadas, porque não tem, não existe o serviço, você vai fazer o que? É muita frustração. Já fiquei afastada por adoecimento sim". Entr. 01.

Já peguei piolho na creche, gripe essas coisas. Quando eu entrei eu tava muito estressada, ai até peguei um atestado, isso aqui meu (ombros) estava terrível, mas por causa da ansiedade, da sobrecarga, tudo era novo então eu fiquei meio estressada nesse ponto". Entr. 02.

Quanto às políticas institucionais voltadas para o adoecimento dos profissionais a Entrevistada 01 respondeu que não tem conhecimento a respeito, nunca chegou nada sobre uma política institucional até ela, e ela também nunca procurou. A Entrevistada 02 respondeu que não existe política institucional para isso. Essa questão é complicada porque, pelas entrevistas percebo que o adoecimento dessas profissionais é constante, e se essa política inexistente, isso é grave, caso ela exista, nitidamente não está chegando até as profissionais.

3.4 RELAÇÃO COM AS ENTIDADES DA CATEGORIA: MOVIMENTOS SOCIAIS E ESPAÇOS DE PARTICIPAÇÃO SOCIAL.

No questionário perguntamos se conheciam o trabalho do conjunto CFESS-CRESS. Três entrevistas responderam que conhecem e duas não conhecem:

“Muito pouco, me desconectei deles, quando eu estudava eu sabia um pouco mais, mas agora eu só faço pagar (risos). Eles são muito distantes de mim e eu sou muito distante deles, me sinto distante geral na verdade, por que to aqui num lugar onde só tem eu, e ali no xxxxx tem 5 assistentes sociais só, então pra ir lá demora muito, tem coisa que eu nem fico sabendo”. Entr. 01.

Não conheço, eu só fui numa reunião lá uma vez, mas na correria não dá. Eu tiro 4 horas pra preceptoria, então já fica 36 horas, então pra fazer tudo é muito complicado. Entr. 02.

Quatro das respondentes ao questionário não participam de entidades da categoria, somente uma participa. Já a participação em movimento social, conselho de direitos ou político, comissões na instituição que trabalha ou sindicatos, a maioria participa: (QUADRO 03)

SIM	4
NÃO	1

Sobre a participação em movimentos sociais, conselhos de direitos ou político etc, assim foi relatado nas entrevistas:

“Sim, tem a rede social aqui do xxxxxx que eu participo, eu sou do conselho de saúde, mas confesso que não to conseguindo ter pernas, por que o conselho demanda muito, e eu tenho muita demanda aqui. Então não consigo ir pra reunião às vezes quando eles marcam, porque já tenho um monte de coisa pra fazer aqui, e as demandas de conselho se você for pegar mesmo tinha que ser 20 horas só pra lá, porque não dá pra fazer junto”. Entr. 01.

“Não, por causa de tempo”. Entr. 02.

Para finalizar, perguntamos se elas procuram aproximação com a universidade:

“Eu busco, apesar de não conseguir pegar estágio, eu tento no sentido de me capacitar”. Entr. 01.

“Não, falta de tempo gente, não dou conta, eu já passo 60 horas na secretaria, tô na residência também, eu trabalho de segunda a sábado. É muita coisa”. Entr. 02.

As duas entrevistadas não supervisionam estágio, segundo a Entrevistada 01 é pela falta de estrutura da instituição e por falta de tempo porque o trabalho é sobrecarregado, e a Entrevistada 02, porque presta apoio à 21 equipes e além disso é preceptora de duas residentes do serviço social.

Uma pesquisa feita em Campina Grande -PB em 2006 trouxe uma análise interessante sobre a inserção do assistente social na ESF:

A inserção oficial dos assistentes sociais nas ESFs só ocorreu em 2003, após anos de lutas e reivindicações por parte da categoria e de outros profissionais comprometidos com os princípios e valores de um novo modelo para a política de saúde no município. No entanto, a partir de 2006, com mudanças na gestão municipal, e a posterior realização do concurso público para a Estratégia Saúde da Família, apenas com muitas mobilizações em defesa da permanência do Serviço Social nas equipes é que se conseguiu obter a garantia de sua continuidade. Apesar disso, a forma de inserção foi redefinida, ficando agora cada assistente social responsável por acompanhar em média entre 4 a 7 equipes de saúde. Isso vem comprometendo a qualidade da atuação, em virtude do número excessivo de famílias para cada profissional. CRISTIANA SILVA (2009, PG. 03)

Mesmo considerando o modelo das ESFs e NASFs inovador e alinhado aos princípios do SUS, esse ponto de vista pode ser interessante para compreender o trabalho maçante, sobrecarregado das assistentes sociais nos NASFs, isso foi demonstrado pelas entrevistas.

Na questão sobre o trabalho do conjunto CFESS/CRESS, três afirmaram conhecer o trabalho, as outras duas, não. O fato de conhecerem o trabalho do conjunto não significa que estão inseridas e participando, porém, conhecer o trabalho por si só já é interessante porque abre possibilidades para acompanhar as colocações do conselho sobre diversas questões do trabalho profissional tanto quanto societárias, coletivas. Em alguma medida isso já é importante.

Considero a participação política das profissionais, tanto nos distintos conselhos e movimentos sociais, como nas entidades da categoria muito importante, porque é um espaço de participação, formulação e articulação, onde, especificamente falando agora das entidades da categoria, as assistentes sociais se organizam enquanto categoria profissional e o conselho é o lugar onde podem

estabelecer políticas coletivas, baseadas em seu Projeto Ético Político, além de ser um espaço de defesa da profissão, do exercício profissional, dos espaços de trabalho. Todos os outros conselhos de direitos também são muito importantes para a defesa da ampliação do acesso, da cidadania, e da defesa da classe trabalhadora.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os NASFs os quais estão inseridas as assistentes sociais da pesquisa demonstram pelos dados, desenvolver as ações previstas nas normativas da proposta do núcleo de apoio. As assistentes sociais enquanto profissionais que prestam apoio especializado às ESFs demonstraram desenvolver o trabalho em conformidade com as orientações da proposta do NASF, com base na integralidade, interdisciplinariedade e intersectorialidade, além de demonstrarem, majoritariamente, compromisso com a mobilização e participação social dos/as usuários/as, apesar de alegar falta de tempo adequado para essa atividade. Em contrapartida têm pouco envolvimento com as entidades da categoria pela justificativa do trabalho sobrecarregado e da falta de tempo que resta.

Quanto à qualificação e educação profissional, os relatos sugerem a relevância do trabalho da Gerência do Serviço Social- da SES - DF, e do compromisso dessa gerência para assegurar a participação das profissionais em cursos, palestras, e demais eventos da categoria, além dos outros serviços que presta para manter as assistentes sociais da saúde do DF alinhadas ao projeto ético político e às prerrogativas do SUS.

Percebe-se, no momento das duas entrevistas, que as assistentes sociais enfrentam cotidianamente os desafios colocados pelas condições de trabalho, e a partir disso, mesmo com os inúmeros limites, constroem pouco a pouco as possibilidades. O trabalho dessas assistentes sociais, pelas condições que lhes são postas, é desenvolvido com base em muita resistência, e persistência.

A leitura dos dados a partir de uma visão de totalidade, deve considerar que o Serviço Social é de fato, uma profissão bem demarcada na divisão social e técnica do trabalho, basta acessar o seu código de ética, a lei de regulamentação, e todos os outros documentos e textos que afirmam seus valores fundamentais, com ênfase na defesa intransigente da classe trabalhadora e seus direitos. Junto a isso, é preciso pensar a análise sob o entendimento de que o Serviço Social é uma profissão que está submetida ao trabalho assalariado e por consequência disso, às condições de trabalho oferecidas. Segundo IAMAMOTO, é estabelecida “a tensão

entre projeto ético político e alienação do trabalho, indissociável do estatuto assalariado” (2009, pg. 39).

Os limites demonstrados no trabalho das assistentes sociais dos NASFs DF têm ligação direta com as condições de trabalho, no entanto ao mesmo tempo, as assistentes sociais demonstraram a existência da autonomia relativa. A partir desta autonomia surge a “possibilidade de imprimir uma direção social ao exercício, moldando o seu conteúdo e o modo de operá-lo” IAMAMOTO (2009, pg. 39). Pensar a direção social e o modo de operar o exercício requer pensar as questões conjunturais e estruturais, segundo CFESS (2014), na conjuntura atual, diversos desafios são colocados ao Serviço Social da saúde no contexto em que vivemos, de disputas e descasos em torno do SUS. No Distrito Federal, o ritmo é exatamente esse, o governo na figura de Rodrigo Rollemberg vem aprofundando o desmonte do SUS com o descaso que oferece às instituições de saúde pública do DF, além da proposta de contratar Organizações Sociais para realizar a gestão dos serviços.

A nova configuração da política de saúde tem impacto no trabalho do assistente social em diversas dimensões: condições de trabalho, formação profissional, nas influências teóricas, na ampliação da demanda e na relação com os demais profissionais e com os movimentos sociais. CFESS (2014). Subescrevo as palavras de Silvana Mara a respeito dos desafios e obstáculos enfrentados no cotidiano profissional das assistentes sociais:

A grandiosidade dos obstáculos e dos desafios para assegurar condições de trabalho e direitos da população usuária, encontrada em cada instituição onde se realiza o trabalho do(a) assistente social, tem de favorecer o entendimento quanto aos limites da sociabilidade do capital em toda sua densidade histórica. Não é o código de ética que dificulta a realização do trabalho profissional. Não é o projeto ético-político que é ilusório ou de impossível efetivação. É a sociabilidade capitalista que não assegura condições concretas para o atendimento das necessidades humanas e dos direitos na vida cotidiana. É o projeto político das classes dominantes que busca destituir de sentido histórico as experiências de resistência e de luta do trabalho; que busca desregular e diluir profissões, desrespeitando processos coletivos de organização, cultura política e instrumentos normativos instituídos de modo legal e democrático; que assegura, por meio do Estado, iniciativas que resultam na precarização da profissão e do exercício profissional. SILVANA MARA (2012, PG.15).

Essa compreensão é importante para quebrar o mito que desassocia teoria e prática, e culpa a “teoria” pela demanda frustrada no cotidiano profissional. Para finalizar, incluo aqui uma citação de Bravo e Matos sobre os desafios e possibilidades do Serviço Social em tempos de desmonte do SUS e de tantos outros direitos sociais:

“Enfim, não existem fórmulas prontas na construção de um projeto democrático e a sua defesa não deve ser exclusividade apenas de uma categoria profissional. Por outro lado, não se pode ficar acuado frente aos obstáculos que se apresentam na atualidade e nem desconsiderar que há um leque de pequenas, mas não menos importantes, atividades e alternativas a serem desenvolvidas pelos profissionais de Serviço Social. Mais do que nunca, os assistentes sociais estão desafiados a encarar a defesa da democracia, das políticas públicas e consubstanciar um trabalho – no cotidiano e na articulação com outros sujeitos que partilhem destes princípios – que faça frente ao projeto neoliberal, já que este macula direitos e conquistas defendidos pelos seus fóruns e pelas legislações normativas da profissão”. (2004, pg.29).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, Zenaide Neto. Sistema Único de Saúde: Antecedentes Históricos, percursos, perspectivas e desafios. Ed. Martinari, São Paulo, 2011.

ALMEIDA, Célia; BAHIA, Lígia; MACINKO, James; PAIM, Jairnilson Silva; TRAVASSOS, Claudia. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. Publicado Online 9 de maio de 2011. Disponível em: http://actbr.org.br/uploads/conteudo/925_brazil1.pdf Acesso em: 13 de outubro de 2016.

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de; PONTES, Ricardo José Soares and MARTINS JUNIOR, Tomaz. A descentralização no marco da Reforma Sanitária no Brasil. Rev Panam Salud Publica [online]. 2000, vol.8, n.1-2.

BARROCO, M^a. Lucia Ética e Serviço Social- Fundamentos Ontológicos. São Paulo: Cortez, 2001.

BARROCO, Maria Lúcia Silva; TERRA, Sylvia Helena. Código de Ética do/a Assistente Social comentado. Conselho Federal de Serviço Social. In: _____ (CFESS) (Org.). São Paulo: Cortez, 2012.

BEHRING, Elaine Rossetti ; BOSCHETTI, Ivanete . Política Social. Fundamentos e História. 9a. ed. São Paulo: Cortez Editora, 2011.

BIASOLI, Desiree Albuquerque; SANTOS, Helena Cristina Estevam. Contribuições reflexivas sobre a inserção do assistente social na equipe mínima do Programa Saúde da Família. Investigação (Unifran), v.8, n. 1-3 (2008).

BRASIL. Constituição Federal (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988.

_____. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde. A organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, Série E. Legislação em Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Portaria n. 648/GM, de 28 de março de 2006. Departamento de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006^a

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica/Ministério da Saúde.

Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, Série E. Legislação em Saúde, 2012.

BRAVO, Maria Inês Souza et al. Política de saúde no Brasil. Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional, 2006.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. Projeto ético-político do Serviço Social e sua relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate. In: MOTA, Ana Elizabete; BRAVO, Maria Inês Souza (Orgs.). Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza.; DOMITTI, Ana Clara Pereira. Apoio Matricial e Equipe de Referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cadernos de Saúde Pública (FIOCRUZ), v. 23, p. 399-408, 2007.

CAMPOS. Gastão Wagner de Sousa; GUERRERO. André Vinicius Pires (Orgs.). Manual de Práticas em Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada. 1. Ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2008.

CARVALHO, Fabiana Aparecida. O Serviço Social e a Interdisciplinaridade. Diálogos (UCB), v. 18, p.74-79, 2012.

CARVALHO, Raul de; IAMAMOTO, Marilda Villela. Relações sociais e serviço social no Brasil. 19º Ed. São Paulo: Cortez, 2006.

CISNE, M. Gênero, Divisão Sexual do Trabalho e Serviço Social. 1. ed. São Paulo: Outras expressões, 2012.

CONILL, Eleonor Minho. Ensaio histórico-conceitual sobre a atenção primária à saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da estratégia saúde da família em centros urbanos no Brasil. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, supl.1, 2008. Disponível em Acesso em 07 de julho de 2016.

CORREIA, Maria Valéria Costa; SANTOS, Viviane Medeiros. Privatização da saúde via novos modelos de gestão: as Organizações Sociais em questão. In: Maria Inês Souza Bravo; Maria de Fátima Siliansky Andreazzi; Juliana Souza Bravo de Menezes; Joseane Barbosa de Lima; Rodriane de Oliveira Souza. (Org.). Caderno de Saúde: A mercantilização da saúde em debate: as Organizações Sociais no Rio de Janeiro. 1ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius. Rede Bibliotec, 2015, v., p. 33-41.

DEMARZO, Marcos Piva; FONTANELLA, Bruno José Barcellos; MELLO, Guilherme Arantes. Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde – Origens e diferenças conceituais. Revistas de APS (Impresso), v. 12, 2009.

FALEIROS, Vicente de Paula. A política social do estado capitalista. 12. ed. São Paulo: Cortez, 2012.

GIOVANELLA, Lúgia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de. Atenção primária à saúde. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil, cap.16. In: GIOVANELLA, Lúgia.

(Org.), Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ/CEBES, 2008.

GÖTTEMS, Leila Bernardo Donato. Contratualização regionalizada de serviços públicos de saúde no Distrito Federal. Revista Eletrônica Gestão & Saúde (UnB), v. 7, n. 1, 2016.

GÖTTEMS, Leila Bernardo Donato. Trajetória da política de atenção básica à saúde no Distrito federal, Brasil (1960 a 2007): Análise a partir do marco teórico do neoinstitucionalismo histórico. Cadernos de Saúde Pública, v. 25, n. 6, Rio de Janeiro, jun. 2009. Disponível em. Acesso em 17 de julho 2016.
<http://www.cfess.org.br/arquivos/praticasterapeuticas.pdf>.

IAMAMOTO, Marilda Villela. Serviço social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social. São Paulo: Cortez, 2008.

IAMAMOTO, Marilda Villela. Serviço Social na cena contemporânea. In: Serviço Social: Direitos Sociais e Competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

SILVA, José Fernando Siqueira da. Serviço Social: resistência e emancipação? 2010. 210 f. Tese (livre-docência) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, 2010. Disponível em:
<<http://hdl.handle.net/11449/106702>>. Acesso em 18 de Outubro 2016.

MARTINELLI, Maria Lúcia. A pergunta pela identidade profissional do Serviço Social: matriz de análise. Serviço Social & Saúde (UNICAMP), v. 2, p. 155-165, 2013.

_____. Reflexões sobre o Serviço Social e o Projeto Ético-político Profissional. Emancipação (UEPG), v. 1, p. 9-23, 2006.

MARX, Karl. (1867). O Capital: Crítica da Economia Política. Vol. I, T 1, São Paulo: Abril Cultural, 1983 (Coleção os Economistas).

MATTA, Gustavo Corrêa e MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães. Dicionário de Educação Profissional em Saúde. Disponível em:
www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html. Acesso em: 23 de novembro de 2016.

Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Caderno de diretrizes do NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família). Brasília, 2009. Disponível em: Acesso em 20 de agosto de 2016.

MIOTO, Regina Célia Tamasso; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. Serviço Social e Saúde – desafios intelectuais e operativos. Revista SER Social (UnB), v. 11, n. 25, p. 221-243, 2010.

_____. Desafios Atuais do Sistema Único de Saúde-SUS e as exigências para os assistentes sociais. Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional, v. 1, p. 218-241, 2006.

NETTO, José Paulo. A construção do projeto ético político do Serviço Social (1999). Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. ABEPSS/OPAS, 2006.

OLIVEIRA, Andreia de. Atenção Primária à Saúde: Qual o lugar da participação da sociedade. Tese de Mestrado. 2012, PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO, Programa pós -graduado em Serviço Social.

PAIM, Jarnilson Silva. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, Ligia (org) et al. Políticas e Sistemas no Brasil. Ed. FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2008.

_____. O que é o SUS?.Ed. FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2009.

PAULO NETTO, José. Introdução ao estudo do método de Marx. 1. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2011. v. 1.

Portaria nº 154/GM, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Diário Oficial da União, Brasília, 25 jan. 2008. Disponível em: Acesso em 20 de setembro de 2016.
relato de experiência

SALVADOR, Evilásio da Silva. Fundo público no Brasil: financiamento e destino dos recursos da seguridade social (2000 a 2007). 2008. Tese (Doutorado em Política Social) Universidade de Brasília, Brasília, 2008.

SANTOS, Josiane Soares. Questão Social: particularidades no Brasil. 1. ed. São Paulo: Cortez, 2012.

YAZBEK, Maria Carmelita. Fundamentos históricos e teórico-metodológicos do Serviço Social. In: CFESS; ABEPSS. (Org.). Serviço Social: Direitos Sociais e competências profissionais. 1. ed. Brasília: CFESS /ABEPSS, 2009.

YAZBEK, Maria Carmelita. O significado sócio-histórico da profissão. In: CFESS; ABEPSS. (Org.). Serviço Social.Direitos Sociais e Competências Profissionais. 1ªed.Brasília - DF: CFESS / ABEPSS, 2009.

ANEXOS :**ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA
(com profissionais/assistentes sociais na APS do DF)****I – IDENTIFICAÇÃO/DADOS PESSOAIS**

Idade: _____

Sexo: ()M ()F

Renda individual (média em SM): _____

II – DADOS SOBRE A FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Nível de formação:

Graduação:

Onde? _____

Quando se formou? _____

Pós-Graduação:

Possui Especialização? Sim () Não ()

Caso sim, em qual área se especializou? _____

Onde? _____

Quando? _____

Possui Mestrado? Sim () Não () Doutorado? Sim () Não ()

Pós-Doutorado? Sim () Não ()

Onde? _____

Quando? _____

Em qual área? _____

III – DADOS SOBRE O TRABALHO PROFISSIONAL

Qual o cargo/função que você ocupa/desempenha?

Qual o seu tipo de vínculo empregatício?

Qual sua área de atuação?

Tem quanto tempo de atuação como Assistente Social?

No Serviço Social, desde seu ingresso no mercado de trabalho, em que áreas já atuou?

Na área da saúde, quanto tempo atua e locais de atuação:

O que você busca para se manter atualizado? Participa de eventos (cursos, palestras, conferências, congressos, etc.) promovidos pela categoria profissional ou áreas afins?

Quais são os serviços prestados pela instituição (aqui é o serviço, Nasf, consultório na rua, centro de saúde, saúde prisional)?

Quais suas principais ações no seu cotidiano de trabalho na APS?

Dessas ações e atividades desenvolvidas quais você considera que são específicas do assistente social (no NASF, no consultório na rua, na saúde prisional, no centro de saúde....)?

No desenvolvimento dessas atividades, há algum referencial teórico-metodológico que norteia sua atuação profissional? Caso sim, qual e como fundamenta a ação?

Existe interface do código de Ética do Assistente Social e do projeto ético político do Serviço Social no seu exercício profissional cotidiano? Caso afirmativo, de que forma? Caso negativo, quais os dificultadores?

Há trabalho em equipe? Caso sim, como se dá a constituição da equipe de trabalho?

Existe a participação da população/usuários? Se sim, como?

Que atividades você realiza em seu trabalho que são organizadas e realizadas conjuntamente com a equipe de saúde a que pertence?

Quais instrumentais técnico-operativos você utiliza no seu exercício profissional?

O assistente social tem autonomia no ambiente de trabalho? De que forma?

IV - Condições de Trabalho

Qual sua jornada de trabalho semanal? _____

Qual a sua análise/avaliação acerca da instituição em que trabalha?

Em relação às condições de trabalho, como você avalia seu ambiente de trabalho? Você é requisitado para atuar nas especificidades da profissão ou acontece de requisitarem seu trabalho para outras ações não específicas? Caso sim, como isso ocorre?

Qual sua avaliação sobre o espaço físico (infra-estrutura) disponibilizado para o Serviço Social na instituição?

Você já desencadeou algum processo de adoecimento advindo do trabalho, seja nesse espaço ocupacional ou em outro?

Caso sim, comente sobre.

Já precisou ficar afastado/a do trabalho em detrimento de adoecimento? Existe alguma política institucional voltada para a atenção à saúde dos trabalhadores? Caso sim, qual e como se dá?

Atualmente você está fazendo algum acompanhamento médico ou tratamento medicamentoso em decorrência de agravos à saúde advindos do trabalho?

Há cobrança e pressão no ambiente de trabalho? Caso sim, de que forma?

Você é requisitado pela instituição fora do seu horário de trabalho? Caso sim, como se dá esse processo?

Há cobrança para o cumprimento de metas e resultados? Caso sim, como isso ocorre?

Como você analisa/avalia o ritmo e velocidade do seu trabalho hoje em termos de cobranças de resultados e produtividade?

Você considera que tem ocorrido um processo de intensificação do trabalho nos últimos anos? Por quê? E como isso acontece?

Há acúmulo de atividades/sobrecarga de trabalho devido ao volume de demandas? Como você avalia esse processo?

Você se utiliza dos recursos tecnológicos (computador, recursos multimídia, comunicacionais, etc.) no seu cotidiano de trabalho? Caso não, por quê? Caso sim, como se dá essa apropriação e qual sua avaliação sobre os avanços tecnológicos no cotidiano de trabalho dos assistentes sociais?

V - Formação e qualificação profissional

A instituição estimula e incentiva a qualificação profissional e a formação continuada? Caso sim, como?

Você supervisiona estágio? Caso sim, como avaliação a supervisão de estágio?

VI – DADOS SOBRE ORGANIZAÇÃO POLÍTICA

Você conhece o trabalho do conjunto CFESS/CRESS? Como avalia a atuação dessas entidades?

Você participa ou integra algum movimento social, conselhos de direitos/políticas, comissões no ambiente de trabalho, sindicatos, etc.? Caso sim, qual? Como avalia esses espaços?

Você busca manter aproximação com a Universidade? Caso sim, de que forma?

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO -TCLE

Você está sendo convidado a participar da pesquisa **“O Serviço Social na Atenção Primária em Saúde no Distrito Federal”**, de responsabilidade da equipe de pesquisadores: Profa. Dra. Andréia de Oliveira, Prof. Dr. Reginaldo Guiraldelli, professores do Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília (UnB) e Michelle da Costa Martins (assistente social da Secretaria de Saúde do DF). O objetivo desta pesquisa é analisar as atribuições, competências profissionais, desafios, limites, avanços e condições de trabalho dos assistentes sociais inseridos na Atenção Primária em Saúde (APS) no Distrito Federal. Assim, gostaríamos de consultá-lo(a) sobre seu interesse e disponibilidade de cooperar com a pesquisa. Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes, durante e após a finalização da pesquisa, e lhe asseguramos que o seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo mediante a omissão total de informações que permitam identificá-lo(a). Os dados provenientes de sua participação na pesquisa, tais como questionários e entrevistas, ficarão sob a guarda dos pesquisadores responsáveis pela pesquisa. A coleta de dados será realizada por meio de aplicação de questionário online elaborado na plataforma Google (1ª fase) e entrevista semiestruturada (2ª fase), tendo os assistentes sociais da APS do Distrito Federal como sujeitos da pesquisa. É para estes procedimentos que você está sendo convidado a participar. Sua participação na pesquisa não implica em nenhum risco. Sua participação é voluntária e livre de qualquer remuneração ou benefício. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento. A equipe de pesquisa garante que os resultados do estudo serão devolvidos aos participantes, podendo ser publicados posteriormente na comunidade científica. Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Dr(a). Andréia de Oliveira na instituição Universidade de Brasília telefone: (61) 981080161, no horário: 9h às 12 e das 14h às 18h, ou para Michelle da Costa Martins na instituição SES/DF, telefone (61) 33486149, no horário das 14h às 18h. Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas /IH da Universidade de Brasília/UnB. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidas através do telefone geral: (61) 3107-3300. Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

Brasília-DF, _____de _____de _____.

Assinatura do (a) participante

Assinatura do (a) pesquisador (a)